

大阪府
がん患者等妊よう性温存治療費等助成申請書
(妊よう性温存治療分)

大阪府知事 様

次のとおり申請します。

年 月 日

申請者	ふりがな				妊よう性温存治療を受けた者との関係	
	氏名					
	生年月日・性別	年	月	日生	男・女	
	年齢	歳 (妊よう性温存治療実施日(凍結保存日)時点)				
		※申請者が妊よう性温存治療を受けた者と異なる場合は記載不要				
	住所	〒 -				
	電話番号 (日中に繋がりやすい番号)	-	-	患者アプリ番号(12桁) ※原則必須。登録出来ない場合、理由を下欄に記載		
患者アプリを登録出来ない理由						
[A]妊よう性温存治療を受けた者 (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな					
	氏名					
	生年月日・性別	年	月	日生	男・女	
	年齢	歳 (妊よう性温存治療実施日(凍結保存日)時点)				
電話番号 (日中に繋がりやすい番号)	-					
※胚凍結の場合のみ記入 [A]の夫(事実婚を含む) (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな				生年月日	年 月 日生
	氏名				性別	男・女
本事業(妊よう性温存治療分)の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)				1 1回目の申請 2 2回目の申請 (1回目の申請は大阪府) 3 2回目の申請 (1回目の申請は他の都道府県) →都道府県名 { }		
本事業の対象となる費用について、他制度の助成を受けていますか				はい . いいえ 「はい」の場合、本助成を受けることはできません		
振込先	フリガナ			金融機関名	本・支店名	本店支店
	口座名義			口座番号		
添付書類	口座種別	普通・当座				
	添付したものにチェックをつけてください。					
同意事項	<input type="checkbox"/>	大阪府がん患者等妊よう性温存治療費等助成事業に係る証明書 (妊よう性温存治療実施医療機関) (様式第1-2号)				
	<input type="checkbox"/>	大阪府がん患者等妊よう性温存治療費等助成事業に係る領収金額内訳証明書 (妊よう性温存治療実施医療機関の連携機関) (様式第1-2-2号) ※該当する場合のみ				
	<input type="checkbox"/>	大阪府がん患者等妊よう性温存治療費等助成事業に係る証明書 (原疾患治療実施医療機関) (様式第1-3号)				
	<input type="checkbox"/>	化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類 (様式1-3号(別紙))				
	<input type="checkbox"/>	申請時に大阪府内に住所を有し、かつ妊よう性温存治療実施日(凍結保存日)において年齢が満43歳未満であることが確認できるもの(住民票)				
	<input type="checkbox"/>	夫婦であることを証明できる書類(戸籍謄本等) ※胚凍結の場合のみ				
	<input type="checkbox"/>	申請者と妊よう性温存治療を受けた者が異なる場合は、その続柄が分かる書類(健康保険被保険者証の写し等)				
	<input type="checkbox"/>	妊よう性温存治療の実施に要した費用が確認できる領収書の写し				
以下の事項について同意した場合はチェックをつけてください。 (同意いただけない場合は、本助成を受けることができません)						
<input type="checkbox"/>	本事業の趣旨を理解し、国の研究事業のために日本がん・生殖医療学会に対して自身の臨床情報及び助成実績等に関する情報を提供すること。また、同学会が妊孕性温存治療及び温存後生殖補助医療に係る研究を適切に行えると認める者に対して、当該の情報を提供すること。					
<input type="checkbox"/>	助成の可否を判断するため、大阪府が必要に応じ、関係医療機関に照会すること。					
<input type="checkbox"/>	本事業の助成状況について他の都道府県へ照会及び提供をすること。					
年 月 日						
申請者氏名 (自署)						
妊よう性温存治療を受けた者 (自署)						
(治療を受けた者が未成年である等の場合に記載。申請者と同じであれば記載不要)						

◎注意事項

- 1 妊よう性温存治療を受けた方が未婚で未成年の場合は、申請者欄には原則、親権者名又は未成年後見人等の氏名を記載してください。また、妊よう性温存治療を行う担当医師の所属する医療機関施設における未成年患者本人の同意取得の方針に従い、年齢等の理由で同意能力がないために医療機関での妊よう性温存治療実施の際に未成年患者本人の同意を取得することができない場合は、妊よう性温存治療を受けた者の自署は不要です。
- 2 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。
- 3 助成決定金額は、大阪府から文書で通知します。
- 4 助成の対象となる治療費は、妊よう性温存治療及び初回の凍結保存に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。
- 5 助成額は、妊よう性温存治療に要した医療保険適用外費用であり、精子は2万5千円、精子（精巣内精子採取）は35万円、胚（受精卵）は35万円、未受精卵子は20万円、卵巣組織は40万円が上限となります。
- 6 助成回数は、対象者一人に対して合計2回までです。
- 7 本事業の対象となる費用について、他制度の助成を受けている場合は、本事業の助成を受けることができません。
- 8 助成対象の治療の一部を指定医療機関とは別の機関で実施し、当該医療機関に対して支払いを行った場合で、当該費用も含めて助成を求める場合は、当該医療機関に様式第1-2-2号の発行を依頼し、当該証明書と費用の内容が分かる領収書の写しをあわせて提出してください。
- 9 医療機関によっては、様式第1-2号から様式第1-3号までの発行に費用がかかる場合がありますが、その費用は自己負担となります。
- 10 本事業に参加する方の妊よう性温存治療に関する診療情報は、医療機関を通じて、日本がん・生殖医療学会が管理・運用する「日本がん・生殖医療登録システム（JOFR）」に登録されます。また、データの登録状況の確認のため、日本がん・生殖医療学会が助成申請の内容と結果について各都道府県に対して照会を行うことがあります。日本がん・生殖医療学会は、本事業に係る研究を適切に行えると認める者に対し、上記の臨床情報・助成情報等のデータを提供することがあります。その際は、目的達成のため必要最小限の範囲で取り扱いを行い、個人の権利利益が不当に侵害されないよう、適切な処理が行います。

	郵送先 ※封筒の表に「助成事業申請書在中」と朱書きしてください。	問合せ先
がん疾患	〒540-8570 大阪市中央区大手前2丁目1-2-2 大阪府健康医療部健康推進室健康づくり課 生活習慣病・がん対策グループ	大阪府健康医療部健康推進室 健康づくり課 生活習慣病・がん対策グループ 電話 06-6944-6791（直通）
非がん疾患	〒540-8570 大阪市中央区大手前2丁目1-2-2 大阪府健康医療部保健医療室地域保健課 疾病対策・援護グループ	大阪府健康医療部保健医療室 地域保健課 疾病対策・援護グループ 電話 06-6944-6697（直通）