

大阪府  
がん患者等妊よう性温存治療費等助成申請書  
(温存後生殖補助医療分)

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		生年月日	年 月 日生		
	氏名		性別	男 ・ 女		
	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					
夫 (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな				生年月日	
	氏名				年 月 日生	
妻 (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな				生年月日	
	氏名				年 月 日生	
過去に本事業(温存後生殖補助医療分)の助成を受けたことがありますか		・凍結保存年月日： _____ 年 月 日 ・凍結保存を行った医療機関： _____				
ない ・ ある →自身が過去 ( ) 回受けた →パートナーが過去 ( ) 回受けた  ※助成を受けたことがある場合 助成を受けた都道府県名 ( )						
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	添付したものにチェックをつけてください。					
	<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(温存後生殖補助医療実施医療機関) (様式第1-7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(温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関) (様式第1-7-2号) ※該当する場合				
	<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"/>	夫婦であることを証明できる書類(戸籍謄本等)				
	<input type="checkbox"/>	申請時に大阪府内に住所を有し、温存後生殖補助医療に係る治療開始日において妻の年齢が満43歳未満であることが確認できるもの(夫・妻の住民票)				
	<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				
同意事項	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、国の研究事業実施のために日本がん・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、日本がん・生殖医療学会が妊よう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)		_____				

◎注意事項

- 1 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。
- 2 助成決定金額は、大阪府から文書で通知します。
- 3 助成の対象となる治療費は、妊よう性温存治療により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医療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は対象外です。
- 4 助成額は、3に記載の費用であり、凍結胚（受精卵）を用いた場合は10万円、凍結未受精卵子を用いた場合は25万円、凍結した卵巣組織再移植後の場合は30万円、凍結精子を用いた場合は30万円が上限となります。ただし、以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合及び採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止した場合は10万円、人工授精を行う場合は1万円が上限となります。また、卵胞が発達しない、又は排卵終了のため中止した場合及び排卵準備中、体調不良等により治療中止した場合は対象外となります。
- 5 本事業の対象となる費用について、他の制度に基づく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。また、自身とパートナー両方が事業参加要件を満たす場合でも、同じ費用についてそれぞれが別に助成を受けることは認められません。
- 6 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1-7-2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をあわせて提出してください。
- 7 医療機関によっては、様式第1-7号、様式第1-7-2号及び様式第1-3号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。
- 8 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、適切な処理を行います。

	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1-22 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1-22 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）