

(表面)

様式第1-1号(第8条第1項関係)

埼玉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業参加申請・請求書  
(妊孕性温存療法分)

(宛先)

埼玉県知事

以下のとおり申請・請求します。

年 月 日

申請者	ふりがな					妊孕性温存療法を受けた者との関係	
	氏名						
	生年月日・性別	年 月 日生				男・女	
	住所	〒 -					
	電話番号	【 自宅 ・ 携帯 ・ その他 ( ) 】 ※日中必ず連絡の取れる電話番号を記入					
	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							
妊孕性温存療法を受けた者(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	
	住所	〒 -					
電話番号		【 自宅 ・ 携帯 ・ その他 ( ) 】 ※日中必ず連絡の取れる電話番号を記入					
妊孕性温存療法研究促進事業(妊孕性温存療法分)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回目の申請は埼玉県) 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( )		
埼玉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進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		
添付書類	(添付したものに☑)						
	<input type="checkbox"/> 埼玉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書(妊孕性温存療法実施医療機関)(様式第1-2号)						
	<input type="checkbox"/> 【該当の場合】埼玉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る領収金額内訳証明書(妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関)(様式第1-3号)						
	<input type="checkbox"/> 埼玉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書及び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表(原疾患治療実施医療機関)(様式第1-4-1号及び様式第1-4-2号※) ※様式第1-4-2号は実施要綱第2条第2号アに該当する場合のみ提出が必要						
	<input type="checkbox"/> 住民票(個人番号の記載がなく、発行から3か月以内のもの)						
<input type="checkbox"/> 【胚凍結の場合】夫婦であることを証明できる書類 法律婚の場合: 戸籍謄本 事実婚の場合: 両人の戸籍謄本、両人の住民票、事実婚関係に関する申立書(様式第1-5号)							
<input type="checkbox"/> 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義及び口座番号が分かるもの(写し)							
振込先	フリガナ			金融機関名			
	口座名義			支店名	支店		
	口座種別	普通・当座	口座番号				
以下の事項について同意します(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。) ・ 本事業の趣旨を理解し、小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法に関する研究促進事業に臨床情報等を提供すること(原則として、生殖可能年齢を越え、又は検体破棄申告があるまでの期間)。 ・ 本事業及び特定不妊治療費助成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。							
申請者氏名 (自署)					助成決定金額 ※埼玉県 使用欄		
妊孕性温存療法を受けた者 (自署) (申請者と同じである場合等記載不要)					円		

◎注意事項

- 1 妊孕性温存療法を受けた方が未成年の場合は、申請者欄には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、妊孕性温存療法を行う担当医師の所属する医療機関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孕性温存療法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、妊孕性温存療法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、埼玉県 疾病対策課（下記「問合せ先」に同じ）から文書で通知します。
- 4 助成の対象となる治療費は、妊孕性温存療法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、妊孕性温存療法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、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1-3号の発行を依頼してください。
- 9 医療機関によっては、様式第1-2号、様式第1-3号、様式第1-4-1号及び様式第1-4-2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。
- 10 本事業に参加する方の妊孕性温存療法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。
- 11 書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますので御注意ください。
- 12 助成金を支給できない場合は、その理由を付して通知します。

郵送先

〒330-9301  
埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1  
埼玉県保健医療部 疾病対策課 がん対策担当

※ 埼玉県庁専用郵便番号「330-9301」と「疾病対策課」を記入すれば宛先住所を省略しても届きます。

問合せ先

埼玉県保健医療部 疾病対策課 がん対策担当  
電 話 048-830-3599（直通）