

様式第1号

岩手県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成申請書(妊孕性温存療法分)

岩手県知事 様

次のとおり申請します。

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			患者アプリ番号(12桁) ※記載出来ない場合は下欄に理由を記載してください		
	患者アプリ番号を記載出来ない理由					
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		-				
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回目の申請は同一都道府県) 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 { }	
岩手県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成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"/> 岩手県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療実施証明書(妊孕性温存療法実施医療機関)(様式第2号) <input type="checkbox"/> 岩手県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療実施証明書(原疾患治療実施医療機関)(様式第3号) <input type="checkbox"/> 申請時に岩手県内に住所を有していることが確認できるもの(住民票)					
振込先	フリガナ			金融機関名	支店名	支店
	口座名義					
	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、国の「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る、あるいは、検体破棄申告があるまでの期間) ・助成の適正を判断するために必要な場合、治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会を行うこと。 ・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					助成決定金額	
申請者氏名 (自署)					※岩手県使用欄	
					円	

◎注意事項

- 1 妊孕性温存療法を受けた方が未婚で未成年の場合は、申請者欄には親権者名又は未成年後見人名を記載してください。
- 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、岩手県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 医療機関によっては、様式第2号及び様式第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。

送付先

〒020-8570 岩手県盛岡市内丸10番1号 岩手県保健福祉部医療政策室地域医療推進担当

問合せ先

岩手県保健福祉部医療政策室地域医療推進担当 電話：019-629-5416