

福岡県小児・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)

福岡県知事 殿

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) ※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		- -				
妊孕性温存療法研究促進事業(妊孕性温存療法分)の助成申請回数 (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 { }		
福岡県小児・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"/> 福岡県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療費助成事業に係る証明書(妊孕性温存療法実施医療機関)(様式第1-2号) <input type="checkbox"/> 福岡県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療費助成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"/> 福岡県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療費助成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3-1(2)①に該当する場合のみ提出が必要 <input type="checkbox"/> 申請時に福岡県内に住所を有していることが確認できるもの(住民票等) <input type="checkbox"/> 夫婦であることを証明できる書類(胚凍結の場合)					
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)						
<ul style="list-style-type: none"> 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・生殖医療学会が妊孕性温存療法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。 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)				※〇〇都道府県使用欄		
				円		

(裏)

◎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。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著は不要です。
- 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、福岡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 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、治療と費用の内容が分かる領収書及び治療明細を提出してください。詳細の記載がない場合は、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。

申請方法

郵送の場合

宛先：〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号 福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課

持参の場合

受付窓口：福岡県庁保健医療介護部がん感染症疾病対策課（行政棟南棟2階）

受付時間：月曜日から金曜日（祝祭日、12月29日～1月3日を除く。）

午前8時30分から12時、午後1時～5時

問合せ先

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課

電話：092-643-3317