

千葉県小児・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書  
(妊孕性温存療法分) ※訂正の際は二重線で訂正してください。

次

※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

2024年4月1日

申請者	ふりがな	チバ ハハコ		妊孕性温存療法を受けた者との関係		
	氏名	千葉 母子		母		
	生年月日・性別	1985年4月1日生		男・ <input checked="" type="radio"/> 女		
	住所	〒260-8667 千葉県千葉市中央区市場町〇番〇号		生年月日は西暦で記入してください。		
	電話番号	043-223-2402	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	1234 5678 9100		
	患者アプリ番号を 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	チバ イチコ				
	氏名	千葉 一子				
	生年月日・性別	2009年4月1日生(15)歳		男・ <input checked="" type="radio"/> 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回目の申請は千葉県) 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 { }			
千葉県小児・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・ <input checked="" type="radio"/> 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☑)	全員必須	<input checked="" type="checkbox"/> 千葉県小児・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 checked="" type="checkbox"/> 千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法 (原疾患治療実施医療機関)(様式第1-3号) <input checked="" type="checkbox"/> 住民票(原本)…発行から3か月以内。個人番号の記載 <input checked="" type="checkbox"/> 領収書(原本)…領収金額内訳証明書にあるもの全て。 <input checked="" type="checkbox"/> 通帳等の写し…振込先の金融機関名・支店名・口座番		通帳等の写し以外の書類は、全て原本を 提出してください。 ※代理申請者(保護者)と未成年者の両者 及び続柄が記載された住民票		
	胚(受精卵)凍結 の場合	<input type="checkbox"/> 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1-5号)		※胚(受精卵)凍結の場合 夫婦であることを証明できる書類		
口座名義人は申請者欄 と同一としてください。	費用と治療内容が分かる領収書の原本及び治療明細書 または、千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温 存療法実施医療機関の連携機 関内訳証明書(妊孕性温存療法実施医療機関の連携機 関様式第1-2号の領収金額が助成上限額に達していない場合のみ		※助成上限額に達していない場合のみ			
振込先 (申請者名義)	フリガナ	チバ ハハコ	金融機関名	〇〇銀行	支店名	千葉 支店
	口座名義	千葉 母子	口座番号	2222222		
口座種別	<input checked="" type="radio"/> 普通・当座					
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。						
2024年4月1日 申請者氏名(自署) 千葉 母子			助成決定金額 ※千葉県使用欄 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、千葉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応外の費用です。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、指定医療機関とは異なる機関で実施し、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1－4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号及び様式第1－3号及び様式第1－4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 妊孕性温存療法に関する診療情報は、指定医療機関を通じて、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・生殖医療学会から、助成申請の内容と結果について県が照会されることがあります。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

〒260-8667  
千葉県千葉市中央区市場町1-1  
千葉県庁 健康づくり支援課 がん対策班  
妊孕性温存助成担当

問合せ先

千葉県健康福祉部 健康づくり支援課 がん対策班  
電話：043（223）2402・2686