

第1号様式（第7条関係）

神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業申請書
（妊孕性温存治療分）

神奈川県知事 様

次のとおり申請します。

年 月 日

申請者 (患者が未成年の場合は保護者)	ふりがな					妊孕性温存治療を受けた者との関係
	氏名					
	生年月日・性別	年	月	日生	(妊孕性温存治療実施日の年齢 歳)	男・女
	住所	〒 -				
	電話番号	- -				
妊孕性温存治療を受けた者 (未成年の場合のみ記入)	ふりがな					
	氏名					
	生年月日・性別	年	月	日生	(妊孕性温存治療実施日の年齢 歳)	男・女
患者アプリ番号(12桁) (原則必須。登録できない場合は理由を記載してください。)						
本事業(妊孕性温存治療分)の対象となる費用について何回目の申請ですか ・1回分の申請の場合：いずれかの番号に○を付けてください ・2回分まとめて申請する場合：1と2に○を付けてください		1 1回目の申請 2 2回目の申請 (1回目の申請先が神奈川県) 3 2回目の申請 (1回目の申請先が神奈川県以外) →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				
添付書類 (添付したものに☑)	全員必須	<input type="checkbox"/> 神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業に係る証明書(妊孕性温存治療実施医療機関) (第2号様式) <input type="checkbox"/> 神奈川県がん患者等妊孕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) (第3号様式) <input type="checkbox"/> 申請日に神奈川県内に住所を有していることが確認できるもの(住民票の写し)				
	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 ①法律婚の場合 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 ②事実婚の場合 <input type="checkbox"/> 両人の戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 両人の住民票の写し <input type="checkbox"/> 事実婚関係に関する申立書(妊孕性温存治療分) (第9号様式) ※夫婦が同一世帯でない場合のみ				
	院外処方、他医療機関で支払いがある場合	<input type="checkbox"/> 費用と治療内容が分かる領収書及び治療明細のコピー または、神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業に係る領収金額内訳証明書(妊孕性温存治療一部実施医療機関) (第10号様式) ※第2号様式の領収金額が助成上限額に達していない場合のみ				
振込先 (原則、申請者名義。他の口座を希望する場合は委任状が必要です。)	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			
次の事項について同意します。(同意いただけない場合、本助成を受けることはできません) ・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・生殖医療学会が本事業に係る研究を適切に行えると認める者に当該情報を提供すること。 ・妊孕性温存治療を実施した医療機関に内容を照会すること。 ・本事業に係る助成状況について他の都道府県へ照会及び情報提供を行うこと。						
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者氏名(本人又は代筆者自署) _____ (申請者本人が署名することが困難な場合は、代筆者が申請者氏名を署名してください。)</p> <p>代筆者氏名 _____ 本人との関係 _____</p>						

◎注意事項

- 1 助成決定金額は、神奈川県から文書で通知します。
- 2 助成の対象となる費用は、次の医療保険適用外費用です。
 - ① 妊孕性温存治療の実施に関する意思決定支援（カウンセリング）に要する費用。
ただし、意思決定支援を実施した結果、妊孕性温存治療を開始しなかった場合は対象外です。
 - ② 妊孕性温存治療に要する費用のうち、精子、卵子、卵巣組織の採取及び凍結並びに胚（受精卵）の凍結に係る費用。
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凍結保存の維持に係る費用は対象外です。
 - ③ 凍結した卵巣組織の再移植に係る費用。
 - ④ 妊孕性温存治療を開始したが、凍結等が正常に行えなかった場合又は本人の体調不良等の理由により妊孕性温存治療を中止した場合にそれまでに要した費用。

- 3 助成上限額は次のとおりです。

治療内容	1回あたりの上限額
胚（受精卵）凍結に係る治療	35万円
卵子凍結に係る治療	20万円
卵巣組織凍結に係る治療（組織の再移植を含む）	40万円
精子凍結に係る治療	2万5千円
精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療	35万円

- 4 助成回数は2回までです。
- 5 妊孕性温存治療の主治医が属する指定医療機関以外の医療機関で、助成対象となる治療の一部を受け、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申請する場合は、費用と治療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、当該医療機関に第10号様式の発行を依頼してください。
- 6 医療機関によっては、第2号様式、第3号様式及び第10号様式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。
- 7 妊孕性温存治療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、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

〒231-8588
神奈川県横浜市中区日本大通1
神奈川県 がん・疾病対策課

※封筒の表に「妊孕性助成申請書在中」と朱書きしてください。

問合せ先

神奈川県 がん・疾病対策課
電話 045-210-5015（直通）