

岐阜県がん患者生殖機能温存治療費等助成金交付申請書
（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）

岐阜県知事 様

申請者 （未成年の場合は、保護者）	ふりがな			生殖機能温存治療を受けた者との関係	
	氏 名				
	生年月日	年 月 日生（ ）歳		性別	
	住 所	〒 —			
	電話番号	（ ） — ※日中に連絡が取れる連絡先を記入してください。			
	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下欄に記載				
	患者アプリ番号を登録できない理由				
生殖機能温存治療を受けた者 （申請者と同じ場合は、記入不要）	ふりがな				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日生（ ）歳		性別	
	住 所	〒 —			
	電話番号	（ ） — ※日中に連絡が取れる連絡先を記入してください。			
意思決定支援の状況		受けた（医療機関名： ） 受けていない（理由： ）			
生殖機能温存治療を受けた医療機関名		（ ） 病院（ ） 科			
がん治療を受けた医療機関名		（ ） 病院（ ） 科			
今回の生殖機能温存治療の申請回数 ※いずれかに✔を付けてください。 ※助成対象は通算2回までです。既に2回以上の助成を受けている場合は、対象になりません。		☐ 1 回目の申請 ☐ 2 回目の申請 → 1 回目の申請は岐阜県 年 月 ☐ 2 回目の申請 → 1 回目の申請は[]都道府県 年 月			
今回の生殖機能温存治療に際し、他制度の助成金等を受ける予定（申請済）はありますか		いいえ ・ はい ※「はい」の場合、本助成を受けることはできません			
次の事項について同意し、申請します（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、他の都道府県等へ照会及び提供をすること。					
		申請額			円
年 月 日				助成決定金額 ※記入不要	
申請者氏名（自署）				円	
振込先	フリガナ		金融機関名		本店
	口座名義				支店
	口座種別	普通 ・ 当座		口座番号	

申請前の確認事項

申請書類	☐ [別記第1号様式]岐阜県がん患者生殖機能温存治療費等助成金交付申請書 ☐ [別記第2号様式]岐阜県がん患者生殖機能温存治療費等助成事業＜生殖機能温存治療実施証明書＞ ☐ [別記第3-1号様式]岐阜県がん患者生殖機能温存治療費等助成事業＜原疾患治療実施証明書＞ ☐ [別記第3-2号様式]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 (「小児・AYA世代がん患者等の妊孕性温存に関する診療ガイドライン」の妊孕性低下リスク分類に示された治療を実施した場合) ☐ 住民票…マイナンバーの記載がなく、交付日から3か月以内のもの。申請者が保護者等の場合は、「続柄」の記載のあるもの ☐ 領収書・診療明細書(写し可)…指定医療機関が発行した生殖機能温存治療又は意思決定支援に要した費用が確認できるもの ☐ 振込口座通帳等の写し…金融機関名・カナ名義・口座番号・支店番号の分かるページの写し ☐ [別紙1-1]岐阜県がん患者生殖機能温存治療費等助成事業に係る生殖機能温存治療費領収金額内訳証明書(治療の一部を指定医療機関とは別の医療機関で実施した場合) ☐ 夫婦であることを証明できる書類(胚凍結の場合) 法律婚の関係にある夫婦: 両人の戸籍謄本 事実婚の関係にある者: a 両人の戸籍謄本 (a～cの書類により確認) b 両人の住民票(同一世帯でない場合は、cにその理由を記入) c 両人の事実婚関係に関する申立書(別紙1-2)												
注意事項	1 助成の対象となるのは、生殖機能温存治療の凍結保存時に43歳未満の方です。 2 治療に係る費用の支払日の属する年度の末日までに申請をしてください。書類に不備等がある場合は、助成金を交付できない場合がありますので、注意してください。 3 助成決定金額は、岐阜県保健医療課から文書で通知します。 4 各治療に係る助成金額は下表のとおりです。<table><tr><th>助成対象治療</th><th>1回当たりの助成上限額</th></tr><tr><td>胚(受精卵)の凍結</td><td>35万円</td></tr><tr><td>未受精卵子の凍結</td><td>20万円</td></tr><tr><td>卵巢組織の凍結</td><td>40万円</td></tr><tr><td>精子の凍結</td><td>2万5千円</td></tr><tr><td>精巣内精子採取術による精子の凍結</td><td>35万円</td></tr></table> 5 助成の対象となる治療費は、ガイドラインに基づき行われる生殖機能温存治療及び初回の凍結保存に要する自己負担額のうち医療保険適用外の費用です。ただし、入院費、入院時の食事代、文書料等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等は対象外です。 6 助成回数は、通算2回までです。異なる治療を行った場合でも、通算2回までとなります。 7 本事業では、時期を同じくして他制度の助成金等の交付を受けている方は助成の対象となりません。 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、当該医療機関に別紙1-1の発行を依頼してください。 9 医療機関によっては、別記第2号様式、別記第3-1号様式、別記第3-2号様式及び別紙1-1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 本事業は、生殖機能温存治療に要する費用を申請に基づき助成するものであり、がん治療、生殖機能温存治療、生殖機能温存治療後の妊娠等、その医療の内容について岐阜県が保証し、又は責任を負うものではありません。 11 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。	助成対象治療	1回当たりの助成上限額	胚(受精卵)の凍結	35万円	未受精卵子の凍結	20万円	卵巢組織の凍結	40万円	精子の凍結	2万5千円	精巣内精子採取術による精子の凍結	35万円
助成対象治療	1回当たりの助成上限額												
胚(受精卵)の凍結	35万円												
未受精卵子の凍結	20万円												
卵巢組織の凍結	40万円												
精子の凍結	2万5千円												
精巣内精子採取術による精子の凍結	35万円												

郵送先

〒500-8570 岐阜県岐阜市藪田南2-1-1
岐阜県健康福祉部保健医療課 健康推進室 がん・受動喫煙対策係
＜注意＞ ※封筒の表面に「助成申請書類在中」と朱書きしてください。
※簡易書留等、必ず記録が残る方法で送付してください。

問合せ先

岐阜県健康福祉部保健医療課 健康推進室 がん・受動喫煙対策係
058-272-8172
＜注意＞ ※申請前に電話にてご一報ください。