

岐阜県がん患者生殖機能温存治療費等助成事業に係る温存後生殖補助医療費用助成金交付申請書
(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	ふりがな		生年月日	年 月 日生					
	氏名		性別	男 ・ 女					
	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								
夫 (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな		生年月日						
	氏名		年 月 日生						
妻 (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな		生年月日						
	氏名		年 月 日生						
温存後生殖補助医療を受けた医療機関名		() 病院 () 科							
過去に生殖機能温存治療費等助成事業（生殖補助医療分）の助成を受けたことがありますか ない ・ ある →自身が過去 () 回受けた →配偶者（事実婚を含む）が過去 () 回受けた ※助成を受けたことがある場合 助成を受けた都道府県名 ()									
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。 <table><tr><td>申請額</td><td>円</td></tr></table> 年 月 日 <table><tr><td>助成決定金額※記入不要</td></tr><tr><td>円</td></tr></table>						申請額	円	助成決定金額※記入不要	円
申請額	円								
助成決定金額※記入不要									
円									
振込先	フリガナ		金融機関名		支店名	本店 支店			
	口座名義								
	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 6 号様式]岐阜県がん患者生殖機能温存治療費等助成事業に係る温存後生殖補助医療費用助成金交付申請書 ☐ [別記第 7 号様式]岐阜県がん患者生殖機能温存治療費等助成事業＜温存後生殖補助医療実施証明書＞ ☐ [別紙 2－1]岐阜県がん患者生殖機能温存治療費等助成事業に係る温存後生殖補助医療実施費用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） ☐ [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＞※過去に岐阜県がん患者生殖機能温存治療費等助成金交付申請をされた方は提出不要 ☐ [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）※過去に岐阜県がん患者生殖機能温存治療費等助成金交付申請をされた方は提出不要 ☐ 夫婦であることを証明できる書類 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 2－2） ☐ 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。 ☐ 領収書・診療明細書（写し可）…指定医療機関が発行した生殖補助医療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												
注意事項	1　助成の対象となるのは、生殖補助医療実施時に妻の年齢が43歳未満の夫婦です。 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>凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療</td><td>1 0 万円</td></tr><tr><td>凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療</td><td>2 5 万円</td></tr><tr><td>凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療</td><td>3 0 万円</td></tr><tr><td>凍結した精子を用いた生殖補助医療</td><td>3 0 万円</td></tr><tr><td colspan="2">以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合及び採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止した場合は1 0 万円、人工授精を行う場合は1 万円が上限となります。 卵胞が発達しない、又は排卵終了のため中止した場合及び排卵準備中、体調不良等により治療中止した場合は対象外となります。</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により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医療に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、入院費、入院時の食事代、文書料等治療に直接関係のない費用は対象外です。 6　本事業では、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。また、自身と配偶者（事実婚を含む）両方が事業参加要件を満たす場合でも、同じ費用についてそれぞれが別に助成を受けることは認められません。 7　助成対象の治療の一部を指定医療機関とは別の医療機関で実施し、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 2－1 の発行を依頼してください。 8　医療機関によっては、別記第7号様式、別紙 2－1、別記第 3－1 号様式及び別記第 3－2 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。 9　本事業は、生殖機能温存治療等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。 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。 11　過去に岐阜県がん患者生殖機能温存治療費等助成金交付申請をされた方は、別記第 3－1 号様式及び別記第 3－2 号様式の提出は不要です。なお、原疾患治療実施医療機関による記載が困難な場合は、原疾患名、具体的な治療内容（使用した薬剤等）、治療時期、原疾患治療実施医療機関名が分かる資料を添付してください。	助成対象治療	1 回当たりの助成上限額	凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療	1 0 万円	凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療	2 5 万円	凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療	3 0 万円	凍結した精子を用いた生殖補助医療	3 0 万円	以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合及び採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止した場合は1 0 万円、人工授精を行う場合は1 万円が上限となります。 卵胞が発達しない、又は排卵終了のため中止した場合及び排卵準備中、体調不良等により治療中止した場合は対象外となります。	
助成対象治療	1 回当たりの助成上限額												
凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療	1 0 万円												
凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療	2 5 万円												
凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療	3 0 万円												
凍結した精子を用いた生殖補助医療	3 0 万円												
以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合及び採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止した場合は1 0 万円、人工授精を行う場合は1 万円が上限となります。 卵胞が発達しない、又は排卵終了のため中止した場合及び排卵準備中、体調不良等により治療中止した場合は対象外となります。													

郵送先

〒5 0 0－8 5 7 0　　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
0 5 8－2 7 2－8 1 7 2
＜注意＞　※申請前に電話にてご一報ください。