

(表)

様式第1-1号

## 山梨県がん患者等妊孕性温存支援事業 助成申請書 (妊孕性温存療法分)

ふりがな		生 年 月 日	性 別
申請者氏名		年 月 日 ( 歳)	男・女
住所	〒	電話番号	
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。		
患者に対する申請者の関係 (該当するものに○)	本人 → 妊孕性温存療法を受けた者の欄の記入は不要です 父 ・ 母 ・ その他 ( ) ※患者が未成年者の場合は、法定代理人 (親権者等) が申請してください。		
ふりがな		生 年 月 日	性 別
妊孕性温存療法を 受けた者の氏名		年 月 日 ( 歳)	男・女
住所	〒	電話番号	
妊孕性温存支援事業 (妊孕性温存療法分) の申請回数	1 1回目の申請 2 2回目の申請 (1回目:山梨県) 3 2回目の申請 (1回目:他都道府県) (都道府県名: )		
今回の妊孕性温存療法について、他の公的制度による 助成を受けている、又は受ける予定がありますか。	はい ・ いいえ 「はい」の場合、本助成を受けることができません		
振込先 指定口座 (申請者名義に限る)	フリガナ		
	口座名義		
	金融機関名	本支店名	
	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。(同意いただかない場合は、本助成を受けることができません)			
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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」の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。</li> <li>・ 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、他の地方公共団体へ照会・提供をすること</li> </ul> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 (自署): _____</p>			
		助成決定金額	円
		※この欄は県で記載します。	

(添付書類) 添付したものに

- 山梨県がん患者等妊孕性温存支援事業助成申請に係る証明書  
(様式第2-1号及び様式第3号、必要な場合(裏面注意事項7参照)は様式第2-2号)
- 本事業申請時点の患者の住所地を証明する書類(個人番号の記載のない住民票等)
- 振込口座通帳(名義人、口座番号、本支店の分かるページ)のコピー
- 医療費の明細及び領収書原本  
(様式第2-1号及び様式2-2号により領収金額の証明を受けているものは不要)
- 胚(受精卵)凍結に係る治療を行った場合は、夫婦であることを証明できる書類  
法律婚の場合: 戸籍謄本など  
事実婚の場合: 夫妻両人の戸籍謄本・住民票、両人の事実婚関係に関する申立書(様式第7号)
- 申請者が患者本人でない場合は、申請者と患者の関係を証明する書類(戸籍謄本等)

### ◎注意事項

- 1 患者が未婚で未成年者の場合は、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 申請内容を審査した後、「助成決定通知書」若しくは「助成不承認通知書」を申請者あてに郵送します。
- 3 書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますので、ご注意ください。
- 4 助成の対象となる治療費は、妊孕性温存療法に要する費用（初回の凍結保存に要する費用を含む。）のうち医療保険適用外の費用です。ただし、その実施に伴う入院費、入院時の食事等の費用、診断書の作成料等の治療に直接関係のない費用及び初回の凍結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、以下のとおりです。
  - 県内医療機関で治療を実施した場合  
胚（受精卵）、未受精卵子、卵巣組織：40万円  
精子：10万円、精子（精巣内精子採取）：35万円
  - 県外医療機関で治療を実施した場合  
胚（受精卵）：35万円 未受精卵子：20万円 卵巣組織：40万円  
精子：2万5千円 精子（精巣内精子採取）：35万円
- 6 助成回数は、合計2回までです。
- 7 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2-2号の発行を依頼してください。
- 8 医療機関によっては、様式第2-1号、第2-2号、第3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。（助成対象外）
- 9 今回の妊孕性温存療法について、他の法令等の規定により、国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付を受けている方は、本事業による助成を受けられません。
- 10 本事業は、妊孕性温存療法に要した医療費を申請に基づき山梨県が助成するものであり、原疾患の治療、妊孕性温存療法及び妊孕性温存療法後の妊娠等、その医療の内容について山梨県が保証し、又は責任を負うものではありません。
- 11 **申請は、妊孕性温存療法に係る費用の支払日が属する年度の末日までに行ってください。**ただし、妊孕性温存療法実施後、期間を置かずに原疾患の治療を開始する必要があるなどのやむを得ない事情により、当該年度内に申請が困難であった場合には、翌年度に申請することができます。

### ◎個人情報の取扱いについて

申請により得られた個人情報は、総合的ながん対策の推進に必要な目的（全国がん登録などを利用した調査及び分析、アンケート調査等）以外には使用しません。また、得られた個人情報は厳重に管理し、漏洩、不正流用、改ざん等の防止について適切な対策を講じます。

なお、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（簡易書留等、必ず記録が残る方法で送付してください。）

宛先：〒400-8501 甲府市丸の内1-6-1 山梨県庁健康増進課がん対策推進担当

○持参の場合

受付窓口：山梨県庁 健康増進課 がん対策推進担当（県庁本館1階）

受付時間：平日（月曜日から金曜日）午前8時30分から12時、午後1時から5時

ただし、祝祭日、振替休日、年末年始を除く。

### 問合せ先

山梨県福祉保健部健康増進課 がん対策推進担当 電話：055-223-1497