

(表)

様式第1-2号

山梨県がん患者等妊孕性温存支援事業 助成申請書 (温存後生殖補助医療分)

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。		
ふりがな		生 年 月 日	
夫の氏名 (申請者と同じ場合 記入不要)		年 月 日 ( 歳)	
ふりがな		生 年 月 日	
妻の氏名 (申請者と同じ場合 記入不要)		年 月 日 ( 歳)	
今回の温存後生殖補助医療について、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		
過去に妊孕性温存支援事業 (温存後生殖補助 医療分) の助成を受けたことがありますか。	ない ・ ある →過去 ( ) 回受けた →パートナーが過去 ( ) 回受けた 助成を受けたことがある場合、 都道府県名：( )		
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)			
・ 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。 ・ 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 年 月 日 申請者氏名 (自署)： _____			
		助成決定金額 ※この欄は県で記載します。	円

(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2-3号、必要な場合(裏面注意事項6参照)は様式第2-4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2-3号及び様式2-4号により領収金額の証明を受けているものは不要)
- 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8号)

### ◎注意事項

- 1 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。
- 2 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。
- 3 助成の対象となる治療費は、妊孕性温存療法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、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は対象外です。
- 4 助成額は、3に記載した医療保険適用外費用であり、以下のとおりです。ただし、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10万円、人工授精を行う場合は1万円が上限となります。また、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。
  - 凍結胚(受精卵)を用いた場合：10万円
  - 凍結未受精卵子を用いた場合：25万円
  - 凍結した卵巣組織再移植後の場合：30万円
  - 凍結精子を用いた場合：30万円
- 5 助成回数は、初めて温存後生殖補助医療の助成を受けた際の治療期間の初日における妻の年齢が40歳未満である場合、通算6回(40歳以上であるときは通算3回)までとする。ただし、助成を受けた後、出産した場合は、住民票と戸籍謄本等で出生に至った事実を確認した上で、これまで受けた助成回数をリセットします。また、妊娠12週以降に死産に至った場合は、死産届の写し等により確認した上で、これまで受けた助成回数をリセットします。
- 6 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2-4号の発行を依頼してください。
- 7 医療機関によっては、様式第2-3号、第2-4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。(助成対象外)
- 8 今回の温存後生殖補助医療について、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。また、自身とパートナー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。
- 9 本事業は、温存後生殖補助医療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。
- 10 **申請は、温存後生殖補助医療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。**

### ◎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温存後生殖補助医療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