

様式第1-1号(表)

愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業申請書

(小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業参加申請書)

愛知県知事 様

次のとおり妊よう性 口座名義人と同一の申請者としてご記入ください。
難読地名にはふりがなをお願いします。

2021年 6月 15日

申請者	ふりがな	あいち いちこ			妊よう性温存療法を受けた者との関係				
	氏名	愛知 一子			母				
	生年月日・性別	1980年 4月 1日生 男・女							
	住所	〒460-8501 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号							
	電話番号	052 - 954 - 6326							
妊よう性温存療法を受けた者(申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな	あいち いちえ							
	氏名	愛知 一江							
	生年月日・性別	2005年 4月 1日生 男・女							
	住所	〒460-8501 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号							
愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業(妊よう性温存療法研究促進事業)の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)				① 1回目の申請 ② 2回目の申請 (1回目の申請は同一都道府県) ③ 2回目の申請 (1回目の申請は他の都道府県) →都道府県名【 】					
本事業の対象となる費用について、「支援事業」に基づく助成を受けています。				様式第1-2号に記載された領収金額と照合するため、領収書の原本とコピーを一緒に提出してください。原本は確認したのち、返送します。					
添付書類	(添付したものに☑) <input checked="" type="checkbox"/> 愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業に係る証明書(妊よう性温存療法実施医療機関)(様式第1-2号) <input checked="" type="checkbox"/> 愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業に係る証明書(原疾患治療実施医療機関)(様式第1-3号) <input checked="" type="checkbox"/> 申請時に愛知県内に住所を有していることが確認できるもの(発行から3か月以内の住民票等) <input checked="" type="checkbox"/> 妊よう性温存療法に係る治療費の領収書(原本及びコピー) <input type="checkbox"/> 胚(受精卵)凍結の場合、夫婦(事実婚を含む。)であることを証明できる書類								
振込先	フリガナ	アイチイチコ		金融機関名	〇〇銀行		支店名	三の丸支店	
	口座名義	愛知一子		申請者名義の振込先を御記入ください。					
	口座種別	普通・当座		口座番号	1 0 0 0 0 0 0 0				
以下の事項について同意します。(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)									
<ul style="list-style-type: none"> 本事業の趣旨を理解し、愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業(妊よう性温存療法研究促進事業)に臨床情報等を提供すること。(原則として、生殖可能年齢を越える、あるいは、検体破棄申告があるまでの期間) 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へ照会及び提供をすること。 									
2021年 6月 15日								助成決定金額	
申請者氏名 (自署) 愛知一子								※愛知県使用欄	
								円	

(裏)

◎注意事項

- 1 妊孕性温存療法を受けた方が未婚で未成年の場合は、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 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。
- 3 助成決定金額は、愛知県から文書で通知します。
- 4 助成の対象となる治療費は、妊孕性温存療法及び初回の凍結保存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初回の凍結保存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、精子は2万5千円、精子（精巣内精子採取）は35万円、胚（受精卵）は35万円、未受精卵子は20万円、卵巣組織は40万円が上限となります。
- 6 助成回数は、合計2回までです。
- 7 本事業の対象となる費用について、「不妊に悩む方への特定治療支援事業」に基づく助成を受けている場合は、本事業の助成を受けることができません。
- 8 医療機関によっては、様式第1-2号及び様式第1-3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。

郵送先

〒460-8501
愛知県名古屋市中区三の丸三丁目1番2号
愛知県保健医療局健康医務部健康対策課がん対策グループ

問合せ先

愛知県保健医療局健康医務部健康対策課がん対策グループ
電話番号：052-954-6326
受付時間：月曜日から金曜日（県の休日を除く）9時から17時まで