様式第１－１号（表）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**（記載例）**

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孕（よう）性温存療法研究促進事業参加申請書）

（妊よう性温存療法分）

※申請日は実際に県へ書類を提出する日にしてください。

愛知

次のとお

※口座名義人と同一の申請者としてご記入ください。
※住所の難読地名にはふりがなをお願いします。
（申請者は原則妊よう性温存治療を受けた本人）

2025 年　6 月　15 日

申　請　者	ふりがな	あいち　はなこ	妊よう性温存療法を受けた者との関係	
	氏名	愛知　花子	本人	
	生年月日・性別	1990 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	患者アプリ番号（12桁） ※原則必須。記載出来ない場合は、下欄に理由を記載してください。	000000000000
	患者アプリを登録出来ない理由	（※番号を記載できない場合のみ記入）		
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			
	氏名			
	生年月日・性別	年　月　日生　　男　・　女		
	住所	〒　－		
	電話番号	－　　－		

愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業 （妊孕性温存療法研究促進事業） 妊よう性温存療法分の申請回数 （いずれかの番号に〇を付けてください）	(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、他制度の助成を受けていますか	はい　・　(いいえ) 「はい」の場合、本助成を受けることはできません

添付書類	（添付したものに必ず☑） ☑ 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） ☑ 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及び リスク分類表（原疾患治療実施医療機関）（様式第１－３－１ ☑ 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（ ☑ 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） ☑ 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

※領収書は、様式第１－２号に記載された領収金額と一致させてください。

振　込　先	フリガナ	アイチハナコ	金融機関名	〇〇銀行		支店名	三の丸　支店				
	口座名義	愛知 花子									
	口座種別	(普通)・当座	口座番号	1	0	0	0	0	0	0	

※申請者名義の振込先を御記入ください。

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　　　ることができません）

・本事業の趣旨を理解し、愛知県がん患者妊よう性温　　　　　　　　　　　　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・生殖医療学会が妊よう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。

2025 年　6 月　15 日

申請者氏名　（自署）　愛知 花子

助成決定金額 ※愛知県使用欄
円

（裏）

◎注意事項

1　妊よう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。それ以外の場合は、原則妊よう性温存療法を受けた本人しか申請はできません。

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、妊よう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、妊よう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。２回分の申請を１回にまとめることはできませんので、１回目と２回目で分けて申請書・証明書等をご準備ください。

7　本事業の対象となる費用について、他制度の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　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１－７号の発行を依頼してください。

9　医療機関によっては、様式第１－２号、様式第１－３－１号、様式第１－３－２号及び様式第１－７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。

10　本事業に参加する方の妊よう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。

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

【申請書類の提出期限】
　妊よう性温存療法に係る費用を支払った日の属する年度の末日（3/31）まで

（※書類の紛失防止のため、必ず簡易書留で郵送してください。）

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