

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)

(妊よう性温存療法分)

愛知県知事 様

※申請日は実際に県へ書類を提出する日にしてください。

次の ※口座名義人と同一の申請者としてご記入ください。

2026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	1990年 4月 1日生		男・ <input checked="" type="radio"/> 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	あいち いちえ							
	氏名	愛知 一江							
	生年月日・性別	2010年 4月 1日生		男・ <input checked="" type="radio"/> 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						
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) 妊よう性温存療法分の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)			<input checked="" type="radio"/> 1 1回目の申請 <input type="radio"/> 2 2回目の申請 (1回目の申請は同一都道府県) <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/> 「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☑) <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及び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(原疾患治療実施医療機関) ※領収書は、様式第1-2号に記載され(様式第1-3-1号及び様式第1-3-2号) ※様式第1-3-2号は実施要綱第4(2)①に <input checked="" type="checkbox"/> 愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成金請求書(妊よう性温存療法分)(様式第1-6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		口座番号	1 0 0 0 0 0 0				
口座種別	普通・当座								
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) ・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)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試験(※申請者名義の振込先を御記入ください。) 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療法に関する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。									
2026年 6月 15日									
申請者氏名 (自署)			愛知 一子						
妊よう性温存療法を受けた者 (自署) (申請者と同じである場合等記載不要)			愛知 一江						
			※原則妊よう性温存治療を受けた方の署名をお願いします。 (年齢等の理由で署名ができない場合は記載不要です。)						

◎注意事項

- 1 妊よう性温存療法を受けた方が未成年の場合は、申請者欄には原則、親権者又は未成年後見人等の氏名を記載してください。また、妊孕性温存療法を行う担当医師の所属する医療機関施設における未成年患者本人の同意取得の方針に従い、年齢等の理由で同意能力がないために医療機関での妊孕性温存療法実施の際に未成年患者本人の同意を取得することができない場合は、妊孕性温存療法を受けた者の自著は不要です。
- 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