

大分県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業
助成金交付申請書並びに実績報告書(妊孕性温存療法分)

大分県知事 様

次のとおり申請します。

申請者	ふりがな					妊孕性温存療法を受けた者との関係
	氏名					
	生年月日・性別	年 月 日生 男・女				
	住所	〒 -				
	電話番号			患者アプリ番号(12桁) ※記載出来ない場合は下欄 に理由を記載してください。		
	患者アプリ番号を記載出来ない理由					
妊孕性温 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					
妊孕性温存療法研究促進事業 (妊孕性温存療法分) の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)			1 1回目の申請 2 2回目の申請 (1回目の申請は大分県) 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 { }			
大分県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進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	
振込先	フリガナ			金融機関名	支店名	
	口座名義					
	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、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。 						
年 月 日						
申請者氏名 (自署)						
助成決定金額 ※大分県使用欄					円	

(添付書類)

1. 大分県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書 (様式第3-1号、様式第3-3号)
2. 申請時に大分県内に住所を有していることが確認できるもの (住民票等)
3. 温存治療に要する費用がわかる領収書等
4. 振込口座通帳 (名義人、口座番号、金融機関名、支店名のわかるページ) のコピー

◎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 助成金交付の可否は、文書で通知します。
- 4 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。
- 5 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。
- 6 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4万円、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42万円が上限となります。
- 7 助成回数は、合計2回までです。
- 8 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。
- 9 医療機関によっては、証明書（様式第3-1号及び様式第3-3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。
- 10 本事業は、妊孕性温存治療に要した医療費を申請に基づき大分県が助成するものであり、がん治療及び妊孕性温存治療、またがん治療後の妊娠等、その医療内容について大分県が保証する、若しくは責任を負うものではありません。

◎個人情報の取扱いについて

得られた個人情報はこの助成金の交付事務以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏洩、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。

申請方法

郵送の場合 送付先 〒870-8501
大分市大手町3丁目1番1号
大分県福祉保健部 県民健康増進課（生活習慣病対策班）

持参の場合：受付窓口 大分県福祉保健部 県民健康増進課（県庁別館4階）
受付時間月曜日から金曜日
（祝祭日、12月29日～1月3日を除く。）
午前8時30分～17時15分

問合せ先

大分県福祉保健部 県民健康増進課（生活習慣病対策班）
電話 097-506-2770