

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成申請書
(温存後生殖補助医療分)

福岡県知事 殿

次のとおり申請します。

年 月 日

申 請 者	ふりがな			生年月日	年 月 日生			
	氏名			性別	男 ・ 女			
	住所	〒 -						
	電話番号			患者アプリ番号(12桁) ※原則必須。登録出来ない場合、理由を下欄に記載				
	患者アプリを登録出来ない理由							
夫 (申請者と 同じであ れば記入 不要)	ふりがな				生年月日			
	氏名				年 月 日生			
妻 (申請者と 同じであ れば記入 不要)	ふりがな				生年月日			
	氏名				年 月 日生			
過去に妊孕性温存療法研究促進事業(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 →自身が過去()回受けた →配偶者(事実婚を含む)が過去()回受けた ※助成を受けたことがある場合 助成を受けた都道府県名 ()				【添付書類】 (添付したものに☑) ☐ 福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業に係る温存後生殖補助医療証明書 (温存後生殖補助医療実施医療機関) (様式第2－2号) ☐ 福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業に係る領収金額内訳証明書 (温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関) (様式第2－3号) ☐ 福岡県小児・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) (様式第1－4－1号及び様式第1－4－2号) ☐ 夫婦であることを証明できる書類 ☐ 申請時に福岡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)				
振 込 先	フリガナ							
	口座名義							
	金融機関名				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、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 ※福岡県使用欄 円								

◎注意事項

- 1 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。
- 2 助成決定金額は、福岡県から文書で通知します。
- 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、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は対象外です。
- 4 助成額は、3に記載の費用であり、凍結胚（受精卵）を用いた場合は10万円、凍結未受精卵子を用いた場合は25万円、凍結した卵巢組織再移植後の場合は30万円、凍結精子を用いた場合は30万円が上限となります。
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。
- 5 本事業の対象となる費用について、他の制度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。また、自身と配偶者（事実婚を含む）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。
- 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2-3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2-2号、様式第2-3号、様式第4-1-1号及び様式第4-1-2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。
- 8 本事業に参加する方の妊孕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。
- 9 同一の都道府県において、様式第1-1号の添付書類として様式第1-4-1号及び様式第1-4-2号を既に提出している場合、再度の提出は不要です。なお、原疾患治療実施医療機関による記載が困難な場合は、原疾患名、具体的な治療内容（使用した薬剤等）、治療時期、原疾患治療実施医療機関名が分かる資料を添付してください。

申請方法

郵送の場合

宛先：〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号 福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課

持参の場合

受付窓口：福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課（行政棟南棟2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分から12時、午後1時～5時

問合せ先

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課

電話：092-643-3317