

秋田県
小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業申請書
(温存後生殖補助医療分)

秋田県知事 様

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) ※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					
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			
過去に妊よう性温存療法費用等助成事業(温存後生殖補助医療分)の助成を受けたことがありますか ない ・ ある →過去 () 回受けた			【添付書類】 (添付したものに☑)			
※助成を受けたことがある場合 助成を受けた都道府県名 ()			<必須のもの> <input type="checkbox"/> 秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業に係る温存後生殖補助医療証明書(様式第2-2号) <input type="checkbox"/> 申請時に秋田県内に住所を有していることが確認できる住民票 ※個人番号の記載がなく、発行から3か月以内のもの <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <該当する方のみ添付いただくもの> <input type="checkbox"/> 事実婚関係に関する申立書(様式第2-3号) <input type="checkbox"/> 死産届の写しその他死産に至ったことを確認できる書類			
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、国の「小児・AYA世代のがん患者等の妊よう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。 ・ 本事業の助成状況について他の地方公共団体へ照会及び提供をすること。						
年 月 日			※秋田県使用欄			
申請者氏名 (自署)			申請者番号			
			助成決定金額	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、秋田県から文書で通知します。
- 3 助成の対象となる治療費は、妊よう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、凍結未受精卵を用いた場合は25万円、凍結した卵巣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。
- 6 医療機関によっては、様式第2-2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。

申請方法

＊ ＊ 持参の場合 ＊ ＊

受付窓口：秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策班（県庁2階）

受付時間：8時30分～17時15分
（土曜日、日曜日、祝祭日、年末年始を除く。）

＊ ＊ 郵送の場合 ＊ ＊

宛先：〒010-8570 秋田県秋田市山王四丁目1番1号
秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策班

※ 特定記録や簡易書留等、記録が残る方法で送付してください。
（郵送料は申請者をご負担ください。）

※ 申請に関することで連絡する場合がありますので、
必ず申請書に電話番号をご記入ください。

問合せ先

秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策班

電話：018-860-1428（直通）