

様式第9号（第11条関係）

栃木県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業参加申請書
 （温存後生殖補助医療分）

栃木県知事 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） ※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 （申請者は 記入不要）	ふりがな		生年月日			
	氏名		年 月 日生			
妻 （申請者は 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（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 ある場合 →自身が過去（ ）回受けた →パートナーが過去（ ）回受けた 助成を受けた都道府県名 （ ）			
添付書類	（添付したものに☑） <input type="checkbox"/> 栃木県小児・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 （温存後生殖補助医療実施医療機関）（様式第10号） <input type="checkbox"/> 栃木県小児・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11号） <input type="checkbox"/> 婚姻関係を確認できるもの（戸籍謄本） <input type="checkbox"/> 申請時に栃木県内に住所を有していることが確認できるもの（住民票） <input type="checkbox"/> 事実婚に関する申立書（様式第12号）※事実婚の場合のみ <input type="checkbox"/> 助成金振込先の通帳等（口座番号、名義人氏名（カナ）が確認できるもの）の写し					
振込先	フリガナ		金融機関名		支店名	支店
	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） ・ 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。 ・ 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 ※栃木県使用欄 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、栃木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、自身とパートナー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11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10号、様式第11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。

郵送先

〒320-8501
栃木県宇都宮市埜田1-1-20
栃木県保健福祉部健康増進課がん・生活習慣病担当宛て
※封筒に「医療助成関係書類在中」とご明記下さい。

問合せ先

栃木県保健福祉部健康増進課 TEL028-623-3096