

原則として妊孕性の治療を受けた御本人が記入してください

記入例

様式第1-1号

岡山県小児・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  
(妊孕性温存療法分)

岡山県知事 殿

次のとおり申請し

未成年の方もしくは治療等により御本人の記入が難しい場合にのみ、御家族の方が記入してください。

令和4年 6月 1日

申請者	ふりがな	おかやま はなこ		妊孕性温存療法を受けた者との関係	
	氏名	岡山 花子		本人	
	生年月日・性別	1994年 4月 1日生		男・女	<input checked="" type="radio"/>
	住所	〒700-8570 岡山市北区内山下2-4-6			
	電話番号	086-226-7321	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回目の申請は同一都道府県) <input checked="" 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 { 広島県 }		
岡山県小児・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 ・ <input checked="" type="radio"/> いいえ 「はい」の場合、本助成を受けることはできません。		
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> (添付したものに☑) <input checked="" type="checkbox"/> 岡山県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に(妊孕性温存療法実施医療機関)(様式第1-2号) <input checked="" type="checkbox"/> 岡山県小児・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(原疾患治療実施医療機関)(様式第1-3号) <input checked="" type="checkbox"/> 申請時に岡山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)				
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"> <li>・本事業の趣旨を理解し、岡山県小児・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)</li> <li>・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。</li> </ul>					
令和4年 6月 1日					
申請者氏名(自署) 岡山 花子			助成決定金額 ※岡山県使用欄		
			円		

1ヶ月以内に取得した住民票の写しを提出してください。

◎注意事項

- 1 妊孕性温存療法を受けた方が未成年の場合は、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 助成決定金額は、岡山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。
- 4 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。
- 5 助成回数は、合計2回までです。
- 6 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。
- 7 医療機関によっては、様式第1-2号及び様式第1-3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。

郵送先

〒700-8570  
岡山県岡山市北区内山下2-4-6  
岡山県保健福祉部医療推進課 疾病対策推進班

問合せ先

岡山県保健福祉部医療推進課 疾病対策推進班  
【電話番号】086-226-7321