

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3-1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
(温存後生殖補助医療分)

岡山県知事 殿

次のとおり申請します。

令和4年 6月 1日

申請者	ふりがな	おかやま ももこ	生年月日	1993年 1月 1日生
	氏名	岡山 桃子	性別	男・女
	住所	〒700-8570 岡山市北区内山下□□-△△		
	電話番号	086-□□□-△△△△	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	おかやま いちろう	生年月日	
	氏名	岡山 一郎	1992年12月31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(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。		【添付書類】 (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3-2号) <input checked="" type="checkbox"/> 夫婦であることを証明できる書類 <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)		
ない・ある →過去(1)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 (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・いいえ 「はい」の場合、本助成を受けることはできません。		
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、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。 ・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。				
令和4年 6月 1日				
申請者氏名 (自署) 岡山 桃子			助成決定金額 ※岡山県使用欄	
			円	

◎注意事項

- 1 助成決定金額は、岡山県から文書で通知します。
- 2 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。
- 3 助成額は、2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。
- 4 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。
- 5 医療機関によっては、様式第3-2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