

高知県妊よう性温存治療費補助金申請書 (妊よう性温存治療分)

高知県知事 様
次のとおり申請します。

		申請日		年	月	日	
申請者	ふりがな	妊よう性温存治療を受けた者との関係					
	氏名						
	生年月日	年	月	日生 () 歳	性別	男・女	
	住所	〒 -					
	電話番号	【 自宅・携帯・その他 () 】					
	患者アプリ番号 (12桁) ※原則必須					患者アプリを登録出来ない場合はその理由	
妊よう性温存治療を受けた者 (申請者と 同じであれば 記入不要)	ふりがな						
	氏名						
	生年月日	年	月	日生 () 歳	性別	男・女	
	住所	〒 -					
	電話番号	【 自宅・携帯・その他 () 】					
妊よう性温存療法研究促進事業(妊よう性温存治療分)の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください) ★助成回数は通算2回までです		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)				
		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 { }				
高知県妊よう性温存治療費補助金の対象となる費用について、他の補助金等の交付を受けていますか。		はい ・ いいえ 他の補助金等の申請と治療内容が重複する場合、双方での補助申請は認められません。					
振込先 指定口座 (申請者の 名義)	金融 機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店			
	口座 種別	普通 当座 その他 ()	口座 番号	(ふりがな)	口座名義		
添付書類 (添付した ものに☑)	<input type="checkbox"/> 1 高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る証明書 (第1-2号様式) <input type="checkbox"/> 2 一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、領収金額内訳証明書 (第1-3号様式) <input type="checkbox"/> 3 高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る証明書 (第1-4-1号様式) 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 (第1-4-2号様式 (要綱第3条(4)ア(ア)に該当する場合のみ提出)) <input type="checkbox"/> 4 住民票の写し原本 (申請日から3月以内のもので、高知県内に住所を有していることが確認できるもの。) <input type="checkbox"/> 5 医療機関が発行した補助の対象となる妊よう性温存治療費の領収書及び診療明細書等の診療内容が分かる書類 (原則、原本) <input type="checkbox"/> 6 申請する妊よう性温存治療に係る薬剤処方を含めて申請する場合は、薬剤に係る領収書及び薬剤情報提供書等の処方薬剤の種類が分かる書類 (原則、原本) <input type="checkbox"/> 7 申請する妊よう性温存治療を受けるに至る意思決定を行ったカウンセリング費用を含めて申請する場合は、カウンセリングに係る領収書及び診療明細書等のカウンセリングを受けたことが分かる書類 (原則、原本) <input type="checkbox"/> 8 補助金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義、口座番号及び支店名が確認することができるものの写し <input type="checkbox"/> 9 納税証明書の原本 (県税の滞納がないことを確認できるもの。) 又は県税完納情報の提供に係る同意書 (※1) 及び本人確認書類の写し (※2) ※1・2:裏面参照 <input type="checkbox"/> 10 【胚凍結の場合】婚姻関係を認めることができる書類 <input type="checkbox"/> ①法律婚の場合は、両人の戸籍謄本 <input type="checkbox"/> ②事実婚の場合は、両人の戸籍謄本及び両人の住民票 <input type="checkbox"/> ③事実婚で同一世帯でない場合は、両人の事実婚関係に関する申立書 (様式第1-5号) <input type="checkbox"/> 11 その他知事が必要と認める書類						
	主治医から、妊よう性温存治療について十分な説明を受け、理解した上で、妊よう性温存治療を受けましたので、裏面の注意事項を理解の上、必要書類を添えて申請します。 また、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)						
	*同意項目に☑ <input type="checkbox"/> 本事業の趣旨を理解し、43歳未満においては、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・生殖医療学会が妊よう性温存治療及び温存後生補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情報を提供すること。 <input type="checkbox"/> 補助の適性を判断するために必要な場合、県が妊よう性温存治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会すること。 <input type="checkbox"/> 本事業の助成状況について他の都道府県や市町村、担当部署へ照会及び提供をすること。 <input type="checkbox"/> 高知県のがん対策の推進に必要な目的 (施策の立案や調査及び分析等) において申請内容を利用すること。						
	年		月	日	申請額	円	
	申請者氏名 (自署)						
	妊よう性温存療法を受けた者 (自署)						
	(申請者と同じである場合等記載不要)						
	助成決定金額 ※高知県使用欄				円		

◎県税完納情報の提供に係る同意書(※1)及び本人確認書類の写し(※2)について

※1：税務課が別に定める「県税完納情報提供事務処理要領」における第4号様式。

※2：補助事業者が個人の場合は、マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。

補助事業者が法人の場合は、法人代表者のマイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。

(注)マイナンバーカードは表面のみコピー(裏面はマイナンバーの表示があるため、提出は不可とする。)、健康保険証は申請時点で有効期限内のものとし、保険者番号及び被保険者等記号・番号は復元できない程度にマスキング処理を施す等してください。

◎注意事項

- 1 妊よう性温存療法を受けた方が未婚で未成年の場合は、申請者欄には原則、親権者又は未成年後見人等の氏名を記載してください。また、妊よう性温存療法を行う担当医師の所属する医療機関施設における未成年患者本人の同意取得の方針に従い、年齢等の理由で同意能力がないために医療機関での妊よう性温存療法実施の際に未成年患者本人の同意を取得することができない場合は、妊よう性温存療法を受けた者の自署は不要です。
- 2 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。
- 3 助成決定金額は、高知県から文書で通知します。
- 4 助成の対象となる治療費は、妊よう性温存治療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。
- 5 助成額は、妊よう性温存治療に要した医療保険適用外費用であり、精子は25,000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40万円が上限です。補助率は高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱(高知県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業)の別表1に定めるとおりです。ただし、当該補助額に1,000円未満の端数を生じた場合は、これを切り捨てるものとします。
- 6 助成回数は、対象者一人に対して通算2回までです。なお、異なる治療を受けた場合であっても通算2回までです。
- 7 本事業の対象となる治療について、重複して他の補助金等の交付を受けることはできません。
- 8 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1-3号の発行を依頼してください。
- 9 医療機関によっては、様式第1-2号、1-3号、1-4-1号及び1-4-2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。(本事業の補助対象外)
- 10 本事業に参加する方の妊よう性温存治療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。
- 11 書類に不備がある場合、補助金を交付できないことがありますので、ご注意ください。
- 12 本事業は、妊よう性温存治療に要する費用を申請に基づき高知県が補助するものであり、原疾患の治療及び妊よう性温存治療、妊よう性温存治療後の妊娠等、その医療の内容について高知県が保証し、又は責任を負うものではありません。

◎個人情報の取扱いについて

得られた個人情報は、補助金の交付事務、同意事項及び高知県のがん対策の推進に必要な目的(施策の立案や調査及び分析等)以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。

申請方法

郵送の場合(簡易書留等、必ず記録が残る方法で送付してください。)

宛先：〒780-8570 高知県高知市丸ノ内1丁目2番20号

高知県健康政策部健康対策課 がん・企画担当

※封筒の表面に「高知県妊よう性温存治療費補助金申請書在中」と朱書きしてください。

持参の場合

受付窓口：高知県健康政策部健康対策課(高知県庁4階)

受付時間：月曜日から金曜日(祝祭日、年末年始を除く。)

午前8時30分から午後5時15分

問合せ先

高知県健康政策部健康対策課 がん・企画担当 電話：088-823-9674(直通)