

高知県妊よう性温存治療費補助金申請書（温存後生殖補助医療分）

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										
	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										

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 () 歳
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 () 歳

過去に妊よう性温存療法研究促進事業（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：①自身が過去 () 回受けた
 ②パートナーが過去 () 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 ()

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☑)
- 1 高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る証明書（温存後生殖補助医療分）（第8-2号様式）
 - 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8-3号様式）
 - 3 高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る証明書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1-4-1号様式及び第1-4-2号様式）※既に提出している場合は、提出不要
 - 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。）
 - 5 医療機関が発行した補助の対象となる温存後生殖補助医療の領収書及び診療明細書等の診療内容が分かる書類（原則として原本）
 - 6 申請する温存後生殖補助医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（原則として原本）
 - 7 申請する温存後生殖補助医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（原則として原本）
 - 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
 - 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
 - 10 婚姻関係を確認することができる書類
 - ①法律婚の場合は、両人の戸籍謄本
 - ②事実婚の場合は、両人の戸籍謄本及び両人の住民票
 - 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8-4号）
 - 11 これまで受けた助成回数リセットする場合
 - ①助成を受けた後に出産した場合は、出生に至った事実を確認できる書類（住民票と戸籍謄本等）
 - ②妊娠12週以降に死産に至った場合は、事実を確認できる書類（死産届の写し等）
 - 12 その他知事が必要と認める書類

主治医から、温存後生殖補助医療について十分な説明を受け、理解した上で、温存後生殖補助医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☑
- 本事業の趣旨を理解し、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殖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、当該の情報を提供すること。
 - 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。
 - 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。
 - 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）

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 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、高知県から文書で通知します。
- 3 助成の対象となる治療費は、妊よう性温存治療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に記載した費用であり、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1万円が上限です。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。
なお、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。
- 5 助成回数は、初めて温存後生殖補助医療の助成を受けた際の治療期間の初日における妻の年齢が40歳未満である場合、通算6回(40歳以上43歳未満であるときは通算3回、43歳以上であるときは通算3回)までです。
ただし、助成を受けた後、出産した場合は、住民票と戸籍謄本等で出生に至った事実を確認した上で、これまで受けた助成回数をリセットすることとします。また、妊娠12週以降に死産に至った場合は、死産届の写し等により確認した上で、これまで受けた助成回数をリセットすることとします。
- 6 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。また、自身と配偶者(事実婚を含む)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。
- 7 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、治療及び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8-3号の発行を依頼してください。
- 8 医療機関によっては、様式第8-2号、8-3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)
- 9 本事業に参加する方の温存後生殖補助医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。
- 10 妊よう性温存治療費分の申請時に、様式第1-1号の添付書類として様式第1-4-1号及び様式第1-4-2号を既に提出している場合、再度の提出は不要です。なお、原疾患治療実施医療機関による記載が困難な場合は、原疾患名、具体的な治療内容(使用した薬剤等)、治療時期、原疾患治療実施医療機関名が分かる資料を添付してください。
- 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、温存後生殖補助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、温存後生殖補助医療、温存後生殖補助医療後の妊娠経過や出産等、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

- 1 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。
- 2 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)