

様式第 4 号

岩手県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成申請書（温存後生殖補助医療分）

岩手県知事 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） ※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			生年月日		
	氏名			年 月 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（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 →過去（ ） 回受けた				【添付書類】 （添付したものに☑） <input type="checkbox"/> 岩手県小児・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（様式第5号） <input type="checkbox"/> 夫婦であることを証明できる書類 <input type="checkbox"/> 申請時に岩手県内に住所を有していることが確認できるもの（住民票）		
※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	フリガナ					
	口座名義					
	金融機関名			支店名		
	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）						
<ul style="list-style-type: none"> ・ 本事業の趣旨を理解し、国の「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」に臨床情報等を提供すること。 ・ 助成の適正を判断するために必要な場合、治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会を行うこと。 ・ 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 ※岩手県使用欄		
				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、岩手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。
- 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。
- 6 医療機関によっては、様式第5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

〒020-8570 岩手県盛岡市内丸10番1号 岩手県保健福祉部医療政策室地域医療推進担当

問合せ先

岩手県保健福祉部医療政策室地域医療推進担当 電話：019-629-5416