

大阪府
がん患者等の妊よう性温存治療費助成申請書

大阪府知事 様

次のとおり申請します。

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・性別	年	月	日生	男	・	女			
	住所	〒 -								
	電話番号	-						-		
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・性別	年	月	日生	男	・	女			
	住所	〒 -								
	電話番号	-						-		
本事業の申請回数 (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回目の申請は大阪府) 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 { }			
本事業の対象となる費用について、「不妊に悩む方への特定治療支援事業」に基づく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			
添付書類	(添付したものに☑) <input type="checkbox"/> 大阪府がん患者等妊よう性温存治療費助成事業に係る証明書 (妊よう性温存治療実施医療機関) (様式第1-2号) <input type="checkbox"/> 大阪府がん患者等妊よう性温存治療費助成事業に係る証明書 (原疾患治療実施医療機関) (様式第1-3号) <input type="checkbox"/> 申請時に大阪府内に住所を有し、かつ妊よう性温存治療実施日(凍結保存日)において年齢が満43歳未満であることが確認できるもの(住民票等)									
振込先	フリガナ				金融機関名				本・支店	本店
	口座名義								支店	支店
	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、国の研究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) ・本事業及び不妊に悩む方への特定治療支援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 ※大阪府使用欄		
								円		

◎注意事項

- 1 妊よう性温存治療を受けた方が未婚で未成年の場合は、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 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、大阪府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。
- 6 助成回数は、対象者一人に対して合計2回までです。
- 7 本事業の対象となる費用について、「不妊に悩む方への特定治療支援事業」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。
- 8 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 ※封筒の表に「助成事業申請書在中」と 朱書きしてください。	問合せ先
がん疾患	〒540-8570 大阪市中央区大手前2丁目1-22 大阪府健康医療部健康推進室健康づくり課 生活習慣病・がん対策グループ	大阪府健康医療部健康推進室 健康づくり課 生活習慣病・がん対策グループ 電話 06-6944-6791（直通）
非がん疾患	〒540-8570 大阪市中央区大手前2丁目1-22 大阪府健康医療部保健医療室地域保健課 疾病対策・援護グループ	大阪府健康医療部保健医療室 地域保健課 疾病対策・援護グループ 電話 06-6944-6697（直通）