

大阪府がん患者妊よう性温存治療に係るカウンセリング費用助成金申請書

大阪府知事 様

申請者 (未成年の 場合は保護者)	フリガナ				カウンセリング 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	- -			
カウンセリング を受けた者  (申請者と同じ 場合は記入不要)	フリガナ				
	氏名				
	生年月日・性別	年	月	日生	男・女
	住所	〒			
	電話番号	- -			
カウンセリング 実施日	年	月	日	カウンセリングを実施 した医療機関	医療機関名 ( ) 実施医 ( )
原疾患治療 実施医療機関	(主治医 ) 実施 (予定) する生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療 1 薬物療法 2 放射線療法 3 その他 ( )				
治療方法について	別紙の「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(女性)」若しくは、「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(男性)」の該当する治療プロトコールにチェックを付けてください。				
添付書類 (添付したものに チェック)	<input type="checkbox"/> 住民票 ・ カウンセリング実施日において大阪府内に住所を有し、 かつ年齢が満 43 歳未満であることがわかるもの ・ 申請者が未成年の場合は、申請者と患者本人の続柄の記載があるもの <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> 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 (様式 1 - 3 号(別紙)) <input type="checkbox"/> 振込口座が分かるもの (通帳等の写し) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
<p>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、カウンセリングを受けましたので、必要書類を添えて申請します。</p> <p>また、助成の可否を判断するため、大阪府が必要に応じ、カウンセリングを受けた医療機関に照会することについて同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 (自書) _____</p>					
振込先 (申請者の 名義)	フリガナ				
	口座名義				
	金融機関名		本・支店名	本・支店	
	口座種別	普通・当座	口座番号		

裏面の注意事項を御確認の上、記入してください。

**◎注意事項**

※原疾患治療実施医療機関で実施（予定）の生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療については、必要に応じて主治医に確認してください。原疾患治療内容が要綱第3条第2号①②に該当しない場合は、助成対象外となります。

※カウンセリングを実施した日の属する年度の末日までに申請を行ってください。

※助成決定金額は、大阪府から文書で通知します。

※書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますので、ご注意ください。

※助成金額及び上限額は、5千円です。

※妊よう性温存治療を実施された方は助成対象外となります。

**◎申請方法** 下記宛先に郵送にて申請 ※封筒の表に「助成申請書類在中」と朱書きしてください。

**申請書宛先**

〒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 宛て

**問合せ先**

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：電話 06-6941-0351（内線）2528