

**大阪府がん患者等妊よう性温存治療費等助成申請時チェックリスト**  
(妊よう性温存治療費分)

※申請書に添付する必要はありません。

No.	チェックリスト	チェック欄
1	申請時点で大阪府内在住である。	<input type="checkbox"/>
2	妊よう性温存治療の凍結保存をした日時時点で満43歳未満である。	<input type="checkbox"/>
3	妊よう性温存治療実施日(凍結保存日)が令和3年4月1日以降である。	<input type="checkbox"/>
4	様式第1-2号(大阪府がん患者妊よう性温存治療費助成事業に係る証明書)は、ホームページ掲載の妊よう性温存治療府指定医療機関名となっている。	<input type="checkbox"/>
5	申請回数は今回が1回目あるいは2回目である。	<input type="checkbox"/>
6	がん治療医から、「ガイドラインの妊よう性低リスク分類に示された治療のうち、高、中間、低リスクの治療」あるいは「乳がんに対するホルモン療法等の長期間の治療によって卵巣予備能の低下が想定される治療」を実施予定(実施した)と説明を受けた。	<input type="checkbox"/>
7	妊よう性温存治療府指定医療機関の医師及び原疾患担当医師により、妊よう性温存治療に伴う影響について、生命予後に与える影響が許容されると説明を受けた。	<input type="checkbox"/>
8	府指定医療機関から、本事業の助成を受けるには国の研究に参加する必要があることについて説明を受けて同意した。	<input type="checkbox"/>
9	今回の助成対象費用について、他制度の助成を受けていない。	<input type="checkbox"/>
10	治療費を支払った日と同一年度内の申請である。	<input type="checkbox"/>
11	下記書類をすべて用意すること	
	・様式第1-1号	<input type="checkbox"/>
	・様式第1-2号	<input type="checkbox"/>
	・様式第1-2-2号 【該当がある場合のみ】	<input type="checkbox"/>
	・様式第1-3号	<input type="checkbox"/>
	・様式第1-3号(別紙)	<input type="checkbox"/>
	・様式第1-4号	<input type="checkbox"/>
	・様式第1-5号	<input type="checkbox"/>
	・住民票	<input type="checkbox"/>
	・【胚凍結の場合のみ】夫婦であることを証明できる書類(戸籍謄本等)	<input type="checkbox"/>
	・妊よう性温存治療の実施に要した費用が確認できる領収書のコピー	<input type="checkbox"/>
	・上記領収書に対応する診療明細書のコピー	<input type="checkbox"/>
	・振込口座がわかるもの(通帳等のコピー)	<input type="checkbox"/>
	・申請者と妊よう性温存治療を受けた者が異なる場合は、その続柄が分かる書類(健康保険被保険者証のコピー等)	<input type="checkbox"/>

不明な点がある場合は、下記までお問合せください。

大阪府健康医療部健康推進室健康づくり課

電話：06-6941-0351(代表) (内線2528)