

佐賀県

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存治療支援事業利用申請書

佐賀県知事 様

次のとおり申請します。

年 月 日

申請者	ふりがな			妊孕性温存療法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		患者アプリ番号(12桁) ※記載できない場合は下欄 に理由を記載してください	
	患者アプリ番号を記載できない理由			
夫 (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな	-----		
	氏名			
	生年月日	年 月 日生		
妻 (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな	-----		
	氏名			
	生年月日	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 (いずれかに○を付けてください)				ない ・ ある →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 ()
佐賀県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存治療支援事業の対象となる費用について、他制度の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"/> 佐賀県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存治療支援事業に係る温存後生殖補助医療証明書(温存後生殖補助医療実施医療機関)(様式第1-9号) <input type="checkbox"/> 申請時に佐賀県内に住所を有していることが確認できるもの(発行日から3ヶ月以内の住民票謄本等) <input type="checkbox"/> 夫婦であることを証明できる書類			
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) ・本事業の趣旨を理解し、小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法に関する研究促進事業に臨床情報等を提供すること。 ・本事業及び特定不妊治療費助成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)				

郵送先及び問合せ先

- 申請方法 : 郵送及び持参
 - 送付先及び受付窓口 : 〒840-8570 佐賀市城内1丁目1番59号
佐賀県健康福祉部健康福祉政策課がん撲滅特別対策室
 - 受付時間 : 月曜日から金曜日(祝日、年末年始を除く。)
8時30分から17時まで
 - 電話 : 0952-25-7491
- ※郵送による申請の場合は、簡易書留等、必ず記録が残る方法で送付してください。

◎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。
- 3 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12.5万円、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12.5万円、人工授精を行う場合は3万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。
- 4 本事業の対象となる費用について、他制度の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。
- 5 医療機関によっては、様式第1－9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。

◎個人情報の取扱いに関する案内

この申請書の提出に伴い収集した個人情報は、この助成金の交付のためにのみ使用し、それ以外の目的に使用することはありません。

また、県における個人情報の取り扱いについては、佐賀県個人情報保護方針で定めております。

(URL : https://www.pref.saga.lg.jp/ki_ji00319144/index.htm)

※県記入欄

交付決定及び確定助成金額	審査年月日	確認印
金 円		

佐賀県

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療治療支援事業助成金交付請求書

佐賀県収支等命令者 殿

請求金額	金 円
------	-----

佐賀県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療治療支援事業助成金として、上記金額を交付されるよう佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療治療支援事業実施要綱の規定により請求します。

申請者	ふりがな					
	氏名					
振込先	住所					
	フリガナ	金融機関名	支店名	支店		
	口座名義					
口座種別	普通・当座	口座番号				