

北海道小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業参加申請書
(妊孕性温存療法分)

北海道知事 様

次のとおり申請します。

申請者と口座名義人は必ず
同一としてください。

令和 4年 10月 1日

申請者	ふりがな	ほっかい みちお				妊孕性温存療法を受けた者との関係					
	氏名	北海道夫				本人					
	生年月日・性別	平成2年 10月 1日生				(男) ・ 女					
	住所	〒060-8588 北海道札幌市中央区北3条西6丁目									
	電話番号	011-231-4111		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。		1234-5678-9000					
	e-mail	hofuku.kenkou@pref.hokkaido.lg.jp									
妊孕性温存療法を受けた者 (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											
妊孕性温存療法研究促進事業(妊孕性温存療法分)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回目の申請は同一都道府県) 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 { } ④ 1回目と2回目を合わせて申請						
北海道小児・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	(添付書類は全て必要ですので、添付漏れがないようチェック☑をお願いします。) <input checked="" type="checkbox"/> 北海道小児・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証明書(妊孕性温存療法実施医療機関)(第2号様式) <input checked="" type="checkbox"/> 北海道小児・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証明書(原疾患治療実施医療機関)(第3号様式) <input checked="" type="checkbox"/> 申請時に道内に住所を有していることが確認できるもの(住民票等) <input checked="" type="checkbox"/> 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等(口座名義、カナ名義、金融機関名、支店名、口座種別及び口座番号が分かるもの)の写し <input type="checkbox"/> ※妊孕性温存療法を受けた方が未婚で未成年の場合のみ添付してください。 申請者と妊孕性温存療法を受けた者の続柄を証明する書類(住民票等、未成年後見人を証明する書類など)										
振込先	フリガナ	ホカイ ミチオ		金融機関名	〇〇銀行		支店名	〇〇 支店			
	口座名義	北海道夫		口座番号	9	8	7	6	5	4	3
	口座種別	(普通) ・ 当座									
以下の事項について同意します。申請者の名義の振込先を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。(原則として、生殖医療等) (検体破棄申告があるまでの期間) ・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。											
令和4年 10月 1日					助成決定金額						
申請者氏名 (自署) 北海道夫					※北海道使用欄						
円											

◎注意事項

- 1 妊孕性温存療法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。なお、この場合、妊孕性温存療法を受けた方と申請者の続柄を証明する書類として、両者の名と続柄が記載された住民票または戸籍謄本（未成年後見人の場合は未成年後見人を証明する書類（戸籍謄本等））を添付してください。
- 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、北海道から文書で通知します。
- 4 助成の対象となる治療費は、妊孕性温存療法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、妊孕性温存療法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、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、第2号様式及び第3号様式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。
- 9 申請は、妊孕性温存療法に係る費用の支払日の属する年度内に行ってください。

郵送先

〒060-8588
札幌市中央区北3条西6丁目
北海道保健福祉部健康安全局
地域保健課がん対策係 宛

問合せ先

北海道保健福祉部健康安全局
地域保健課がん対策係
電話番号:011-204-5117
FAX番号:011-232-2013
Eメール:hofuku.kenkou@pref.hokkaido.lg.jp