

第1-2号様式

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
(温存後生殖補助医療分)

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 みちこ						妊孕性温存療法を受けた者との関係			
	氏名	北海道子						本人			
	生年月日・性別	平成2年 4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。			1234-5678-9999			
	患者アプリ番号 記載できない理由										
e-mail	hofuku.kenkou@pref.hokkaido.lg.jp										
夫 (申請者と 同じであれば 記入不要)	ふりがな	ほっかい みちお						生年月日			
	氏名	北海道夫						平成2年 4月 1日生			
妻 (申請者と 同じであれば 記入不要)	ふりがな							生年月日			
	氏名							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				※助成を受けたことがある場合 助成を受けた都道府県名 ()							
ない ある →過去()回受けた											
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。)										
	☑ 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 (温存後生殖補助医療実施医療機関) (第2-2号様式) ☑ 夫婦であることを証明できる書類(ご夫婦お二人の戸籍謄本の写し) ※事実婚の場合は、事実婚関係に関する申立書(第12号様式)も併せて提出してください。 ☑ 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) ☑ 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										
振込先	フリガナ	ホカイ ミチコ		金融機関名	〇〇銀行			支店名	〇〇 支店		
	口座名義	北海道子		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。 ・本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 ※北海道使用欄	
申請者氏名 (自署) 北海道子										円	

◎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 助成決定金額は、北海道から文書で通知します。
- 3 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。
- 4 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10万円、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10万円、人工授精を行う場合は1万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。
- 5 本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る場合は、本事業の助成を受けることができません。
- 6 医療機関によっては、第2－2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。
- 7 申請は、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