

群馬県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法助成事業申請書
(温存後生殖補助医療分)

群馬県知事 様

次のとおり申請します。

年 月 日

申請者	ふりがな			生年月日	年 月 日生			
	氏名	-----		性別	男 ・ 女			
	住所	〒 -			電話番号			
	患者アプリ番号(12桁) ※原則必須。			患者アプリを登録できない理由				
夫 (申請者と 同じであ れば記入 不要)	ふりがな			生年月日				
	氏名	-----		年 月 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助成事業(生殖補助医療分)の助成を受けたことがありますか								
ない ・ ある → 自身が過去()回受けた → パートナーが過去()回受けた ・ 助成を受けた都道府県() ・ 助成回数をリセットしている場合は理由等()								
【添付書類】(添付したものに☑)								
<input type="checkbox"/> 群馬県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法助成事業に係る温存後生殖補助医療証明書(様式第3-2号) <input type="checkbox"/> 群馬県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法助成事業に係る領収金額内訳証明書(温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関)(様式第3-3号) <input type="checkbox"/> 証明書部分の領収書 <input type="checkbox"/> 助成金の振り込みを希望する金融機関の通帳等カナ名義及び口座番号がわかるもの(写し)								
<table border="1"> <tr> <td>※裏面をご確認ください</td> <td> <input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票(前住所、続柄の記載があり、個人番号の記載がないもの) <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 事実婚に関する申立書(様式第3-4号) <input type="checkbox"/> 死産届等の写し </td> </tr> </table>							※裏面をご確認ください	<input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票(前住所、続柄の記載があり、個人番号の記載がないもの) <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 事実婚に関する申立書(様式第3-4号) <input type="checkbox"/> 死産届等の写し
※裏面をご確認ください	<input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票(前住所、続柄の記載があり、個人番号の記載がないもの) <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 事実婚に関する申立書(様式第3-4号) <input type="checkbox"/> 死産届等の写し							
振込先	フリガナ							
	口座名義							
	金融機関名			支店名				
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号					
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)								
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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助成事業実施のために日本がん・生殖医療学会に対して自身の臨床情報及び助成実績等に関する情報を提供すること。また、日本がん・生殖医療学会が妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療に係る研究を適切に行えると認める者に対して、当該の情報を提供すること。 ・ 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。 								
年 月 日				助成決定金額				
申請者氏名 (自署)				※群馬県使用欄				
				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、群馬県 健康長寿社会づくり推進課（下記「問い合わせ先」）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）を用いた場合は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冻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。また、自身とパートナー両方が事業参加要件を満たす場合でも、同じ費用についてそれぞれが別に助成を受けることは認められません。
- 6 助成対象の治療の一部を指定医療機関とは別の機関で実施し、当該医療機関に対して支払いを行った場合で、当該費用も含めて助成を求める場合は、治療と費用の内容が分かる領収書及び治療明細を提出してください。詳細の記載がない場合は、当該医療機関に様式第3-3号の発行を依頼してください。
- 7 医療機関によっては、様式第3-2号、3-3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。
- 8 本事業に参加する方の妊孕性温存療法に関する診療情報は、医療機関を通じて、日本がん・生殖医療学会が管理・運用する「日本がん・生殖医療登録システム（JOFRR）」に登録されます。
また、データの登録状況の確認のため、日本がん・生殖医療学会が助成申請の内容と結果について各都道府県に対して照会を行うことがあります。
日本がん・生殖医療学会は、本事業に係る研究を適切に行えると認める者に対し、上記の臨床情報・助成情報等のデータを提供することがあります。
その際は、目的達成のため必要最小限の範囲で取り扱いを行い、個人の権利利益が不当に侵害されないよう、適切な処理を行います。
- 9 助成回数
 - ・初めて温存後生殖補助医療の助成を受けた際の治療期間の初日における妻の年齢が40歳未満である場合、通算6回（40歳以上であるときは通算3回）までとします。
 - ・助成を受けた後、出産した場合は、住民票と戸籍謄本等で出生に至った事実を確認した上で、これまで受けた助成回数をリセットします。
 - ・妊娠12週以降に死産に至った場合は、死産届の写し等により確認した上で、これまで受けた助成回数をリセットします。
 - ・令和4年4月1日以降に、他の都道府県で実施する同様の助成を受けた場合は、通算回数に含めます。

※添付書類について

■戸籍謄本 * 以下の場合はご提出ください。

①妊孕性温存療法助成事業（温存後生殖補助医療）の群馬県への申請を初めてする場合

②助成制度利用後に出産した場合（子の出生を確認します）

③法律婚で、両人の住所（住民登録地）が同一でない場合（単身赴任等）

④事実婚の場合

* 発行から3か月以内のもの。なお、③、④は、前回申請時に提出した戸籍謄本が3か月以内かつ内容に変更がない場合は添付省略可。

■世帯全員の住民票

* 両人の住所が同一でない場合（単身赴任等）や、同一世帯でない場合（続柄が「夫（未届）」や「同居人」は同一世帯）は、それぞれの住民票が必要です。

* 発行から3か月以内のもの。なお、前回申請時に提出した住民票から3か月以内かつ内容に変更がない場合は添付省略可。

■事実婚に関する申立書

* 事実婚の場合は、こちらもご提出ください。

■死産届等いずれかの写し

* 助成制度利用後に妊娠12週以降の死産をした場合で、助成回数をリセットする場合は、死産届、母子健康手帳「出産の状態」ページ、死産証書、死体検案書等いずれかの写し。

申請方法

申請書及び添付書類を、次の宛先に郵送してください。

〒371-8570 群馬県前橋市大手町1-1-1

群馬県健康長寿社会づくり推進課 がん対策推進係

※配達記録が残るレターパック、簡易書留などの利用をお勧めします。

※普通郵便等、配達記録の残らない郵便物の不着事故などに関しては責任を負いかねます。

※領収書原本を返却するため、申請時に返信用レターパック（宛先記入）を必ず同封してください。

問合せ先

群馬県健康長寿社会づくり推進課 がん対策推進係 電話 027-226-2614（直通）