

(表面)

若年がん患者等生殖機能温存治療費助成申請書  
(生殖機能温存治療分)

(宛先)  
東京都知事  
以下のとおり申請します。

年 月 日

|   |  |  |                     |    |   |                   |
|---|--|--|---------------------|----|---|-------------------|
| 申請者   | ふりがな   |  |                     |    |   | 生殖機能温存治療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   | 【 自宅 ・ 携帯 ・ その他 ( ) 】 ※日中必ず連絡の取れる電話番号を記入 |                     |    |   |                   |
|   | 患者アプリ番号 (12桁)  |  | 患者アプリ番号を記載出来ない場合の理由 |    |   |                   |
| 生殖機能温存治療を受けた者 (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   | 【 自宅 ・ 携帯 ・ その他 ( ) 】 ※日中必ず連絡の取れる電話番号を記入 |                     |    |   |                   |
| 東京都若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業<br>又は他道府県の妊孕性温存療法研究促進事業の申請回数<br><br>(いずれかの番号に○を付けてください)   |  |  |                     |    | <p>1 1回目の申請</p> <p>2 2回目の申請<br/>(1回目の申請は東京都)</p> <p>3 2回目の申請<br/>(1回目の申請は他の道府県)<br/>→道府県名 ( )</p> |                   |
| 今回助成を受けようとする費用について、「東京都特定不妊治療費助成事業」等他の公的な助成金を受けていますか (東京都以外が助成したものを含む)  |  |  |                     |    | はい・いいえ<br>「はい」の場合、<br>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☑)<br><input type="checkbox"/> 若年がん患者等生殖機能温存治療実施証明書 (生殖機能温存治療分) (別記第2号様式)<br><input type="checkbox"/> 若年がん患者等生殖機能温存治療受診等証明書 (生殖機能温存治療分) (別記第3号様式)<br><input type="checkbox"/> 住民票の写し (個人番号の記載がなく、発行から3か月以内のもの。コピー不可。)<br><input type="checkbox"/> 治療費等の領収書の写し<br><input type="checkbox"/> 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義及び口座番号が分かるもの (写し) |  |                     |    |   |                   |
| 振込先   | 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                |    |   |                   |
| 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。)<br>・ 本事業の趣旨を理解し、厚生労働省が実施する「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 (原則として、生殖可能年齢を越え、又は検体破棄申告があるまでの期間)<br>・ 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、他の道府県・指定都市・中核市へ照会及び提供をす |  |  |                     |    |   |                   |
| 年 月 日<br>申請者氏名  |  |  |                     |    | 助成決定金額<br>※東京都 使用欄<br>円   |                   |

(裏面)

◎注意事項

- 1 生殖機能温存治療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。
- 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、東京都福祉保健局医療政策部医療政策課（下記「問合せ先」に同じ）から文書で通知します。
- 4 助成の対象となる治療費は、生殖機能温存治療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東京都外にお住まいの間に受けた治療費は対象外です。また、初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用について助成を受ける場合は、原疾患治療終了後に別途申請の必要があります。
- 5 助成額は、生殖機能温存治療に要した医療保険適用外費用であり、精子は5万円、精子（精巣内精子採取）は35万円、胚（受精卵）は40万円、未受精卵子は30万円、卵巣組織は70万円が上限となります。
- 6 助成回数は、合計2回（卵巣組織は1回）までです。
- 7 今回助成を受けようとする費用について、「東京都特定不妊治療費助成事業」等他の公的な助成金等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、別記第2号様式号及び別記第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 書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますので御注意ください。
- 10 助成金を支給できない場合は、その理由を付して通知します。

郵送先

〒163-8001  
東京都新宿区西新宿2-8-1  
東京都福祉保健局 医療政策部 医療政策課 がん対策担当

※ 東京都庁専用郵便番号「163-8001」を記入すれば宛先住所を省略しても届きます。

問合せ先

東京都福祉保健局 医療政策部 医療政策課 がん対策担当  
電 話 03-5320-4389（直通）