

若年がん患者等生殖機能温存治療費助成申請書
(妊娠のための治療分)

(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) ※記載出来ない場合は下欄 に理由を記載してください		
	患者アプリ番号を 記載出来ない理由					
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		
過去にこの助成金 (妊娠のための治療分) 又は特定不妊治療費助成金の交付を受けたことがありますか (他自治体での助成を含みます。)		<input type="checkbox"/> はい	1. 東京都での助成歴 <input type="checkbox"/> あり →通算 () 回 <input type="checkbox"/> なし			
			2. 他の自治体での助成歴 <input type="checkbox"/> あり →通算 () 回 () 道府県 () 市 <input type="checkbox"/> なし			
		<input type="checkbox"/> いいえ	3. 今回の治療が2人目以降の治療の場合、過去の助成回数のリセットを希望しますか。 <input type="checkbox"/> はい →出生日又は死産日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ			
【添付書類】 (添付したものに☑)						
<input type="checkbox"/> 若年がん患者等生殖機能温存治療実施証明書 (妊娠のための治療分) (別記第5号様式)						
<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)						
<input type="checkbox"/> 戸籍全部事項証明書 (戸籍謄本)						
<input type="checkbox"/> 治療費等の領収書の写し						
<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)						
<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) (以前に提出していない場合)						
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)。						
・ 本事業の趣旨を理解し、厚生年金が実施する「小児・AYA世代のがん患者等の妊娠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、生殖可能年齢を超え、又は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、他の道府県・指定都市・中核市へ照会及び提供をすること。						
年 月 日						
申請者氏名 (自署)				助成決定金額 ※ 東京都 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、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。
- 3 助成の対象となる治療費は、生殖機能温存治療により凍結した検体を用いた又は凍結した検体の再移植後に実施した妊娠のための治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、凍結した卵巢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、1.82万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、別記第3号様式及び別記第5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 書類に不備がある場合、助成金を交付できない場合がありますので御注意ください。
- 8 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）