様式第１号（生殖機能温存治療を受けた患者様用）

宮城県がん患者生殖機能温存治療費助成金申請書

（宛先）宮城県知事　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  (未成年の  場合は保護者) | | | ふりがな | |  | | 治療を受けた者との関係 | | |
| 氏名 | |  | |  | | |
| 住所 | | 〒 | | | | |
| 電話番号 | | 自宅 ・ 携帯 ・ その他（ ）※日中に連絡がとれる連絡先を記入してください。  － － | | | | |
| 生殖機能  温存治療  を受けた者  (申請者と同じ  場合は記入不要) | | | ふりがな | |  | | | | |
| 氏名 | |  | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | |
| 電話番号 | | 自宅 ・ 携帯 ・ その他（ ）※日中に連絡がとれる連絡先を記入してください。  － － | | | | |
| カウンセリング実施医療機関 | | | | | | |  | | |
| 生殖機能温存治療実施医療機関 | | | | | | |  | | |
| 今回の生殖機能温存治療について，過去に宮城県または  他都道府県等で同様の助成を受けたことがありますか | | | | | | | | はい・いいえ（１回目の申請） | |
|  | 上記で，はいと回答された方は，助成を受けた都道府県等及び助成を受けた時期と回数を御記入ください  ※助成対象は２回目の申請までです。すでに２回以上，助成を受けている方は，助成の対象外です。 | | | | | | 助成都道府県等：  助成時期：令和　　年　　月  助　成　回　数：　　回 | | |
| 今回の生殖機能温存治療について，「宮城県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る予定（又は申請済）はありますか | | | | | | | | はい　・　いいえ | |
| 添付書類  (添付したものにチェック) | | | □ 宮城県がん患者生殖機能温存治療実施証明書（生殖機能温存治療医療機関）  （様式第５号）  □ 宮城県がん患者生殖機能温存治療実施証明書（がん治療医療機関）（様式第６号）  □ 生殖機能温存治療費助成申請についての同意書（様式第７号）  □ 住民票の写し　　□ 領収書　　□ 診療明細書　　　□ 振込口座通帳等の写し | | | | | | |
| 生殖機能温存治療について十分な説明を受け，理解した上で，生殖機能温存治療を受けましたので，  必要書類を添えて申請します。  また，助成の可否を判断するため，宮城県が必要に応じ，過去の生殖機能温存治療費助成状況及び特定  不妊治療費助成状況等について他の自治体へ照会すること，治療を受けた医療機関に照会することについて  同意します。   |  |  | | --- | --- | | 申 請 額 | 円 |   年 月 日  申請者氏名 ㊞ | | | | | | | | | |
| 振込先  (申請者の  名義) | | ふりがな | |  | | | | | |
| 口座名義 | |  | | | | | |
| 金融機関名 | |  | | 支店名 | | | 支店 |
| 口座種別 | | 普通 ・ 当座 | | 口座番号 | | |  |

裏面の注意事項を御確認の上，記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **◎注意事項**  ※生殖機能温存治療が終了した日の属する年度の末日までに申請を行ってください。  ※助成決定金額は，宮城県保健福祉部健康推進課から文書で通知します。  ※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，ご注意ください。  ※各治療等に係る助成金額及び上限額は，下表のとおりです。   |  |  | | --- | --- | | 助成対象治療 | 助成金の額 | | 意思決定のためのカウンセリング | 当該治療に要する費用の２分の１  （６千円を上限とする。） | | 胚（受精卵）の凍結 | 当該治療に要する費用の２分の１  （３５万円を上限とする。） | | 卵子の凍結 | 当該治療に要する費用の２分の１  （２０万円を上限とする。） | | 卵巣組織の凍結 | 当該治療に要する費用の２分の１  （４０万円を上限とする。） | | 精子の採取及び凍結 | 当該治療に要する費用の２分の１  （３万円を上限とする。） | | 精巣内精子の採取を伴う精子の採取及び凍結 | 当該治療に要する費用の２分の１  （３５万円を上限とする。） |   ※助成の対象は，生殖機能温存治療に要した費用（初回の保存料を含む。）は，入院費，入院時の食費等生殖機能温存治療に直接関係のない費用及び凍結保存の維持に係る費用は対象外とします。カウンセリングに要した費用は，日本・がん生殖医療学会が認定する意思決定施設における初回カウンセリング料が対象となります。  ※医療機関によっては，様式第５号及び第６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（助成対象外）。  ※本事業による助成は，宮城県不妊に悩む方への特定治療支援事業に基づく助成との併用（治療期間が重なる）はできません。  ※本事業は，生殖機能温存治療に要した医療費を申請に基づき宮城県が助成するものであり，がん治療及び生殖機能温存治療，またがん治療後の妊娠等，その医療内容について宮城県が保証する，若しくは責任を負うものではありません。  **◎個人情報の取扱いについて**  　　得られた個人情報はこの助成金の交付事務以外には使用しません。また，厳重に管理し，漏洩，不正流用，改ざん等の防止に適切な対策を行います。  **◎添付書類について**   |  |  | | --- | --- | | 住民票の写し | マイナンバー記載がないもの，申請日から３が月以内のもの  申請者が未成年の場合は，申請者と患者本人の続柄の記載があるもの | | 領収書（原本） | 生殖機能温存治療費，カウンセリング料（都道府県がん診療連携拠点病院で受診した方のみ） | | 診療明細書（原本） | 生殖機能温存治療費，カウンセリング料（都道府県がん診療連携拠点病院で受診した方のみ） | | 振込口座通帳等の  写し | カナ名義・口座番号・支店番号のわかるページのコピー  患者が未成年のときは，患者本人又は保護者名義のもの | |

**◎申請方法　下記宛先に郵送にて申請**

申請書宛先

〒９８０－８５７０　仙台市青葉区本町３丁目８－１

宮城県保健福祉部健康推進課　がん対策班　宛て

　　　　　　※簡易書留等，記録が残る方法で送付してください。

問合せ先

　　　　宮城県保健福祉部健康推進課　がん対策班　　電話：０２２－２１１－２６３８（直通）