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等助成金申請書

（宛先）宮城県知事　殿

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。  － － | | | | |
| 患者アプリ番号（12桁）  ※記載出来ない場合は理由を記載してください。 | | | |  | |
| 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 |
| 本助成事業の対象経費について、他制度の助成を受けていますか。  ※「はい」の場合助成対象外になります。 | | | | | | | はい・いいえ（１回目の申請） |
| 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６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７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９号）  □ 夫婦であることを証明できる書類（胚凍結の場合）  □ 住民票の写し　□ 領収書（原本）　□ 診療明細書（原本）　□ 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他制度の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 |   ※申請額は裏面で計算できます。  年 月 日  申請者氏名（自署） | | | | | | | |
| 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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ◎申請額の計算方法   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 【Ａ】領収金額合計  （様式第６号（※１）から記載） | 【Ｂ】算定額  （Ａ×１／２） | 【Ｃ】助成対象治療  （下記表から治療名を記載） | 【Ｄ】上限額  （下記表から上限額を記載） | 【Ｅ】申請額  （ＢとＤの少ない方） | | 円 | 円 |  | 円 | ①　　　　　　　　　円 | | ※２　　　　　　円 | 円 | カウンセリング | ６，０００円 | ②　　　　　　　　　円 | | 合計（申請額へ記載してください） | | | | ①＋②　　　　　　　円 |   ※１　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が作成したもの）を御準備ください。  ※２　カウンセリングを受けた場合、領収書のカウンセリング料金を記載してください。  表　各治療等に係る助成金額及び上限額   |  |  | | --- | --- | | 助成対象治療（【Ｃ】へ記載） | 助成金の額（【Ｄ】へ記載） | | 意思決定のためのカウンセリング | 費用の１／２（上限：　６千円） | | 胚（受精卵）の凍結 | 費用の１／２（上限：３５万円） | | 卵子の凍結 | 費用の１／２（上限：２０万円） | | 卵巣組織の凍結 | 費用の１／２（上限：４０万円） | | 精子の採取及び凍結 | 費用の１／２（上限：　３万円） | | 精巣内精子の採取を伴う精子の採取及び凍結 | 費用の１／２（上限：３５万円） | |

**◎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。

ただし、生殖機能温存治療実施後、期間を置かずに原疾患治療を開始する必要がある等のやむを得ない事情により、当該年度内に申請が困難であった場合には、翌年度に申請することができる。

※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。

※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（都道府県がん診療連携拠点病院）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６号及び第７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、他の助成制度との併用（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か月以内のもの  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 |
| 夫婦であることを証明できる書類（胚凍結の場合） | 法律婚の場合　両人の戸籍謄本の写し  事実婚の場合　両人の戸籍謄本の写し（重婚でないことの確認）、両人の住民票の写し（同一世帯の確認）及び両人の事実婚関係に関する申立書（様式第15号） |
| 領収書（原本） | 生殖機能温存治療費、カウンセリング料 |
| 診療明細書（原本） | 生殖機能温存治療費、カウンセリング料 |
| 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 |

**◎郵送先**

〒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・循環器病対策班　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・循環器病対策班　　電話：０２２－２１１－２６３８（直通）