様式第３号（温存後生殖補助医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 | ふりがな |  | 患者アプリ番号（12桁）※記載できない場合、理由を記載する |
| 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。 － － |
| 夫（申請者と同じであれば記入不要） | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 妻（申請者と同じであれば記入不要） | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 過去に宮城県または他都道府県等で温存後生殖補助医療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。※助成回数には、限りがございますので、詳しくは県HP等を御確認ください。 | 助成都道府県等：助　成　回　数：　　回助成時期：　　　年　　月 |
| 添付書類(添付したものにチェック) | □ 宮城県がん患者温存後生殖補助医療実施証明書（温存後生殖補助医療実施医療機関）（様式第８号）□ 夫婦であることを証明できる書類（裏面参照）□ 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）□ 住民票の写し　　□ 領収書　　□ 診療明細書　　　□ 振込口座通帳等の写し |
| 　温存後生殖補助医療について十分な説明を受け、理解した上で、温存後生殖補助医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８号（※）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 | 　　　　　　　　　円 |

↑申請額へ記載してください※宮城県がん患者温存後生殖補助医療実施証明書（温存後生殖補助医療実施医療機関が作成したもの）を御準備ください。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） |
| 凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療 | 費用の１／２（上限：１０万円） |
| 凍結した卵子を用いた生殖補助医療 | 費用の１／２（上限：２５万円）※１ |
| 凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療 | 費用の１／２（上限：３０万円）※１～４ |
| 凍結した精子を用いた生殖補助医療 | 費用の１／２（上限：３０万円）※１～４ |

※１　以前に凍結した肺を解凍した胚移植を実施する場合は１０万円※２　人工授精を実施する場合は１万円※３　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※４　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 |

**◎注意事項**

※温存後生殖補助医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。

※助成の対象は、生殖機能温存治療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実施した生殖補助医療に要した費用は、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。

※医療機関によっては、様式第８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、温存後生殖補助医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 |
| 夫婦であることを証明できる書類 | 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） | 温存後生殖補助医療費 |
| 診療明細書（原本） | 温存後生殖補助医療費 |
| 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）