

別記

様式第1-1号(第5条第1項関係)

宮崎県妊孕性温存療法費用助成金支給申請書(妊孕性温存療法分)

宮崎県知事 殿

関係書類を添えて下記のとおり申請します。

年 月 日

申請者	ふりがな					妊孕性温存療法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			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						
妊孕性温 存療法を 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		- -					
宮崎県妊孕性温存療法費用助成金の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)				1 1回目の申請 2 2回目の申請 (1回目の申請は同一都道府県) 3 2回目の申請 (1回目の申請は他の都道府県) →都道府県名 { }			
宮崎県妊孕性温存療法助成金の対象となる費用について、他の 公的な助成等を受けていますか				はい . いいえ 「はい」の場合、 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☑) <input type="checkbox"/> 宮崎県妊孕性温存療法費用助成金に係る証明書(妊孕性温存療法実施医療機関)(様式第1-2号) <input type="checkbox"/> 宮崎県妊孕性温存療法費用助成金に係る証明書(原疾患治療実施医療機関)(様式第1-3号) <input type="checkbox"/> 申請時に宮崎県内に住所を有していることが確認できるもの(住民票等) <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)の写し						
振込先	フリガナ			金融機関名			
	口座名義			支店名	本店 支店 出張所		
	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、 <u>国による小児・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。</u> (原則として、生殖可能年齢を越える、あるいは、検体破棄申告があるまでの期間) ・本事業の助成状況について他の都道府県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 ※宮崎県記入欄			
				円			

※裏面の注意事項を御確認いただきますようお願いいたします。

◎注意事項

- 1 妊孕性温存療法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、宮崎県健康増進課（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、妊孕性温存療法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初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。
- 5 助成額は、妊孕性温存療法に要した医療保険適用外費用であり、精子は2万5千円、精子（精巣内精子採取）は35万円、胚（受精卵）は35万円、未受精卵子は20万円、卵巣組織は40万円が上限となります。
- 6 助成回数は、合計2回までです。
- 7 本事業の対象となる費用について、他制度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。
- 8 医療機関によっては、様式第1－2号及び様式第1－3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。

郵送先

〒880-8501
宮崎県宮崎市橘通東2丁目10番1号
宮崎県福祉保健部 健康増進課 母子保健・医療支援担当

問合せ先

宮崎県福祉保健部 健康増進課 母子保健・医療支援担当
TEL：0985-44-2621