

様式第1号（第6条関係）

栃木県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業参加申請書

栃木県知事 様

次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	-			-	
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	-			-	
妊孕性温存療法研究促進事業の申請回数 (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 { }		
栃木県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業の対象となる費用について、「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"/> 栃木県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書 (妊孕性温存療法実施医療機関) (様式第2号) <input type="checkbox"/> 栃木県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書 (原疾患治療実施医療機関) (様式第3号) <input type="checkbox"/> 申請時に栃木県内に住所を有していることが確認できるもの (住民票)					
振込先	フリガナ		金融機関名		支店名	支店
	口座名義					
	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、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。(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) ・本事業及び特定不妊治療費助成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 ※栃木県使用欄		
				円		

◎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、栃木県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、「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2号及び様式第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

〒320-0834  
栃木県宇都宮市陽南4-9-13  
（地独）栃木県立がんセンター がん相談支援センター宛て  
※封筒に「医療助成関係書類在中」とご明記下さい。

問合せ先

（地独）栃木県立がんセンター TEL028-658-6484  
栃木県保健福祉部健康増進課 TEL028-623-3096

記入例1

栃木県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業参加申請書

栃木県知事 様

次のとおり申請します。

令和3年8月2日

申請者	ふりがな	はなわだ はなこ		妊孕性温存療法を受けた者との関係						
	氏名	塙田 花子		本人						
	生年月日・性別	平成2年4月1日生		男・女						
	住所	〒320-8501 栃木県宇都宮市塙田1-1-20		日中、連絡がとれる連絡先を記入。						
電話番号	090-1111-〇×△□									
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	-		-							
妊孕性温存療法研究促進事業の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)				<input checked="" type="radio"/> 1 回目の申請 <input type="radio"/> 2 回目の申請 (1 回目の申請は同一都道府県) <input type="radio"/> 3 回目の申請 (1 回目の申請は他の都道府県) →都道府県名 { }						
栃木県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業の対象となる費用について、「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ていますか				はい・ <input checked="" type="radio"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 栃木県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書 (妊孕性温存療法実施医療機関) (様式第2号) <input checked="" type="checkbox"/> 栃木県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る申請書 (原疾患治療実施医療機関) (様式第3号) <input checked="" type="checkbox"/> 申請時に栃木県内に住所を有していることが確認できるもの(住民票)									
振込先	フリガナ	ハナワダ	ハナコ	金融機関名	栃木県銀行		支店名	宇都宮支店		
	口座名義	塙田 花子		口座番号	0	1	2	3	4	5
	口座種別	<input checked="" type="radio"/> 普通	当座							
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、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。(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) ・本事業及び特定不妊治療費助成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。										
令和3年7月1日				・申請者本人の直筆で記入 ・印鑑不要						
申請者氏名 (自署)				栃木県使用欄						
				円						

◎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、栃木県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、「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2号及び様式第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

〒320-0834  
栃木県宇都宮市陽南4-9-13  
（地独）栃木県立がんセンター がん相談支援センター宛て  
※封筒に「医療助成関係書類在中」とご明記下さい。

問合せ先

（地独）栃木県立がんセンター TEL028-658-6484  
栃木県保健福祉部健康増進課 TEL028-623-3096

記入例2

栃木県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業参加申請書

栃木県知事 様

次のとおり申請します。

令和3年10月1日

申請者	ふりがな	はなわだ たろう		妊孕性温存療法を受けた者との関係				
	氏名	塙田 太郎		父				
	生年月日・性別	昭和50年5月1日生		男・女				
	住所	〒320-8501 栃木県宇都宮市塙田1-1-20		日中、連絡がとれる連絡先を記入。				
電話番号	080-2222-0x△□							
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	はなわだ じろう						
	氏名	塙田 二郎						
	生年月日・性別	平成16年8月1日生		男・女				
	住所	〒320-8501 栃木県宇都宮市塙田1-1-20						
電話番号	028-623-3096							
妊孕性温存療法研究促進事業の申請回数 (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 { 埼玉県 }				
栃木県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業の対象となる費用について、「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 checked="" type="checkbox"/> 栃木県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書 (妊孕性温存療法実施医療機関) (様式第2号) <input checked="" type="checkbox"/> 栃木県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る申請書 (原疾患治療実施医療機関) (様式第3号) <input checked="" type="checkbox"/> 申請時に栃木県内に住所を有していることが確認できるもの(住民票)							
振込先	フリガナ	ハワダ タロウ	金融機関名	栃木県銀行		支店名	宇都宮支店	
	口座名義	塙田 太郎	口座番号	1	1	1	1	1
	口座種別	普通 当座						
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)								
<ul style="list-style-type: none"> <li>・本事業の趣旨を理解し、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。(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)</li> <li>・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都道府県へ照会及び提供をすること。</li> </ul>								
令和3年7月1日				・申請者本人の直筆で記入 ・印鑑不要				
申請者氏名 (自署)				金額				
				※栃木県使用欄				
				円				

◎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、栃木県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、「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2号及び様式第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

〒320-0834  
栃木県宇都宮市陽南4-9-13  
（地独）栃木県立がんセンター がん相談支援センター宛て  
※封筒に「医療助成関係書類在中」とご明記下さい。

問合せ先

（地独）栃木県立がんセンター TEL028-658-6484  
栃木県保健福祉部健康増進課 TEL028-623-3096