

様式第1号（第6条関係）※生殖機能温存療法実施日が令和3年3月31日以前の場合は旧様式を使用してください

京都府知事 様

## 京都府がん患者等生殖機能温存療法助成申請書

受療者	フリガナ 氏名				
	生年月日・性別	年	月	日生	男・女
	住所	〒			電話番号
申請者	<input type="checkbox"/> 受療者に同じ				
	フリガナ 氏名				受療者との関係
	住所	〒			電話番号
がん患者生殖機能温存療法助成事業の助成歴（他都道府県からの助成を含む）			1 助成を受けるのは初めてである 2 助成を受けるのは2回目である （1回目の助成を受けた都道府県名：_____）		
今回申請する医療費について、特定不妊治療費助成制度に基づく助成を受けていますか			1 はい →本事業の助成を受けることができません 2 いいえ		
振込先 指定口座	フリガナ				
	口座名義				
	金融機関名			店舗名	
	口座種別			口座番号	
<p>十分な説明を受け理解した上で、「小児、思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン 2017年版」に基づき生殖機能温存療法を受けたので、必要書類を添えて申請します。</p> <p>また、助成の適正を判断するために必要な場合、治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会を行うこと及び他の自治体に対して本事業及び特定不妊治療費助成事業の助成状況の照会及び情報提供を行うことについて同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名（自署）：_____</p> <p>申請額：_____</p>					
<b>助成決定金額</b>				円	
※この欄は府において記載します。					

必ず、以下の書類を添付して申請してください。

添付書類	チェック欄
(1) 京都府がん患者生殖機能温存療法助成事業証明書（様式4、5） 様式4：生殖機能温存療法を実施した医療機関において記載 様式5：がん治療を実施した医療機関において記載	□ □
(2) がんと診断された日から生殖機能温存療法実施日の間において京都府に居住していたことを証明する書類（住民票の写し等）	□
(3) 生殖機能温存療法についての同意書	□

## ◎注意事項

- 1 助成決定金額は、京都府健康対策課（問い合わせ先に同じ）から文書で通知します。
- 2 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。
- 3 助成金額は 1回につき以下の金額を上限とします。

胚（受精卵）凍結に係る治療	35万円
未受精卵凍結に係る治療	20万円
卵巣組織凍結に係る治療	40万円
精子凍結に係る治療	3万円
精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療	35万円

- 4 助成の対象は、生殖機能温存療法及び初回の凍結保存に要した保険適用外経費とし、入院室料(差額ベッド代等)、食事療養費、文書料等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とします。
- 5 医療機関によっては、様式4及び5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。
- 6 他の法令等の規定により、国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付を受けている方は、本助成は受けられません。
- 7 本事業は、生殖機能温存療法に要した医療費を申請に基づき京都府が助成するものであり、がん治療及び生殖機能温存療法、またがん治療後の妊娠等、その医療内容について京都府が保証する、もしくは責任を負うものではありません。

## ◎ 個人情報の取り扱いについて

得られた個人情報について当助成事業の目的である総合的ながん対策に必要な目的（全国がん登録などを利用した調査及び分析、アンケート調査等）以外には使用しません。また、得られた個人情報は厳重に管理し、漏洩、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を講じます。

## 申請方法

### 郵送の場合

宛先：〒602-8570 京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町 京都府健康対策課  
※ 封筒の表に「生殖機能温存療法助成申請書在中」と朱書きしてください。

### 持参の場合

受付窓口：京都府健康福祉部健康対策課 がん対策係（府庁2号館3階）  
受付時間：平日（月曜日から金曜日、祝祭日、年末年始を除く。）  
午前8時30分～12時、午後1時～5時

## 問い合わせ先

京都府健康福祉部健康対策課がん対策係 電話：075-414-4766