別記　第4号様式

若年がん患者等生殖機能温存治療費助成申請書
（妊娠のための治療分）

（宛先）
東京都知事
以下のとおり申請します。　　年　　月　　日

申請者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日・性別	年　月　日生　男・女		
	住所	〒　－		
	電話番号	－　－	※日中必ず連絡の取れる電話番号を記入	
	E-mail		※任意記入	
	患者アプリ番号（12桁）		患者アプリ番号を記載できない場合の理由	
配偶者（事実婚を含む）	ふりがな		生年月日	
	氏名		年　月　日生	

過去にこの助成金（妊娠のための治療）の交付を受けたことがありますか。（他自治体での助成を含みます）	□ はい	1．東京都での助成歴 □ あり　→　自身が過去（　　）回受けた　パートナーが過去（　　）回受けた □ なし 2．他の自治体での助成歴 □ あり　→　自身が過去（　　）回受けた　パートナーが過去（　　）回受けた □ なし　（　　）道府県　・　（　　）市
	□ いいえ	3．今回の治療が2人目以降の治療の場合、過去の助成回数のリセットを希望しますか。 □ はい　→　出生日又は死産日　（　　年　　月　　日　） □ いいえ

東京都若年がん患者等生殖機能温存治療費助成決定通知書（生殖機能温存治療分）に記載された申請番号	（　　）
今回助成を受けようとする費用について、他の公的な助成金等を受けていますか（東京都以外が助成したものを含む）	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☑）
- □ 若年がん患者等生殖機能温存治療実施証明書（妊娠のための治療分）［別記第５－１号様式］
- □ 若年がん患者等生殖機能温存治療領収金額内訳証明書（妊娠のための治療分）［別記第５－２号様式］
- □ 住民票の写し（個人番号の記載がなく、発行から3か月以内のもの。コピー不可。）
- □ 戸籍全部事項証明書（戸籍謄本）
- □ 治療費等の領収書の写し
- □ 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（写し）
- □ 若年がん患者等生殖機能温存治療受診等証明書（生殖機能温存治療分）［別記第3号様式］（以前に提出していない場合）

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、厚生労働省が実施する「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」のために日本がん・生殖医療学会に対して自身の臨床情報及び助成実績等に関する情報を提供すること。また、日本がん・生殖医療学会が妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療に係る研究を適切に行えると認める者に対して、当該の情報を提供すること。（原則として、生殖可能年齢を越え、又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、他の道府県・指定都市・中核市へ照会及び提供すること。

　　年　　月　　日

申請者氏名（自署）

助成決定金額 ※東京都　使用欄

別記　第4号様式

◎注意事項

1　振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。やむを得ず、申請者名義以外の口座への入金を希望される場合には、別途委任状の提出が必要となります。

2　助成決定金額は、東京都保健医療局医療政策部医療政策課（下記「問合せ先」に同じ）から文書で通知します。

3　助成の対象となる治療費は、生殖機能温存治療により凍結した検体を用いた又は凍結した検体の再移植後に実施した妊娠のための治療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は対象外です。

4　助成額は、3に記載の費用であり、凍結未受精卵子を用いて胚を作成し新鮮胚移植を実施する場合は25万円、凍結未受精卵子を用いて胚を作成し凍結、短期間のうち胚を解凍して胚移植を実施する場合は25万円、凍結した卵巣組織再移植後の場合は40万円、凍結精子を用いた場合は40万円が上限となります。
　ただし、以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合は10万円、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20万円、人工授精を行う場合は、1．82万円が上限となります。
　また、卵胞が発育しない、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となります。

5　本事業の対象となる費用について、他の制度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。また、自身とパートナー両方が事業参加要件を満たす場合でも、同じ費用についてそれぞれが別に助成を受けることはできません。

6　助成対象の治療の一部を指定医療機関とは別の機関で実施し、当該医療機関に対して支払いを行った場合で、当該費用も含めて助成を求める場合は、治療と費用の内容が分かる領収書及び治療明細を提出してください。詳細の記載がない場合は、当該医療機関に別記第５－２号様式の発行を依頼してください。

7　医療機関によっては、別記第3号様式、別記第５－１号様式及び別記第５－２号様式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。

8　本事業に参加する方の生殖機能温存治療に関する診療情報は、医療機関を通じて、日本がん・生殖医療学会が管理・運用する「日本がん・生殖医療登録システム（JOFR）」に登録されます。また、データの登録状況の確認のため、日本がん・生殖医療学会が助成申請の内容と結果について各都道府県に対して照会を行うことがあります。日本がん・生殖医療学会は、本事業に係る研究を適切に行えると認める者に対し、上記の臨床情報・助成情報等のデータを提供することがあります。
　その際は、目的達成のため必要最小限の範囲で取り扱いを行い、個人の権利利益が不当に侵害されないよう、適切な処理を行います。

9　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御注意ください。

10　助成金を支給できない場合は、その理由を付して通知します。

郵送先	〒163－8001 東京都新宿区西新宿2－8－1 東京都保健医療局 医療政策部 医療政策課 がん対策担当 ※　東京都庁専用郵便番号「163－8001」を記入すれば宛先住所を省略しても届きます。
問合せ先	東京都保健医療局 医療政策部 医療政策課 がん対策担当 電　話　　03－5320－4389（直通）