

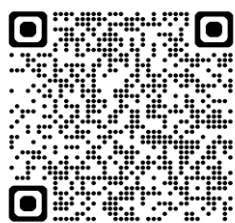
神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業申請書  
（妊孕性温存治療分）

神奈川県知事 様  
次のとおり申請します。

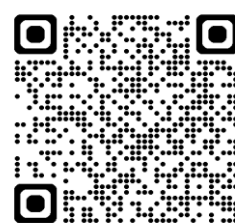
|  |                                     |  |                    |  |      |       |     |    |
|--|-------------------------------------|--|--------------------|--|------|-------|-----|----|
|  |                                     | 申請日  | 年                  | 月                                      | 日    |       |     |    |
| 申請者<br><small>（患者が未成年の場合は保護者）</small>  | ふりがな                                |  |                    |  | 生年月日 | 年     | 月   | 日生 |
|  | 氏名                                  |  |                    |  | 性別   | 男 ・ 女 |     |    |
|  | 妊孕性温存治療を受けた者との関係                    |  | 本人 ・ 父 ・ 母 ・ ほか（ ） |  |      |       |     |    |
|  | 住所                                  | 〒  |                    |  |      |       |     |    |
|  | 連絡先<br><small>（書類不備等の希望連絡先）</small> | 電話番号   |                    |  |      |       |     |    |
|  | メールアドレス(任意)                         |  |                    |  |      |       |     |    |
| 妊孕性温存治療を受けた者<br><small>（申請者と同じ場合は記入不要）</small>   | ふりがな                                |  |                    |  | 生年月日 | 年     | 月   | 日生 |
|  | 氏名                                  |  |                    |  | 性別   | 男 ・ 女 |     |    |
| 患者アプリ番号(12桁)<br><small>（原則必須。登録できない場合は理由を記載してください。）</small>  |                                     |  |                    |  |      |       |     |    |
| 何回目の申請ですか<br><small>（2回分まとめて申請の場合：両方に☑）</small>  |                                     | <input type="checkbox"/> 1回目の申請<br><input type="checkbox"/> 2回目の申請   |                    | 2回目の申請の方で1回目の申請先が神奈川県以外の場合<br>都道府県名（ ） |      |       |     |    |
| 必要書類<br><small>（添付したものに☑）</small>  | 全員                                  | <input type="checkbox"/> 第2号様式 神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費等 助成事業に係る証明書<br><small>（妊孕性温存治療実施医療機関）</small><br><input type="checkbox"/> 第3-1号様式及び第3-2号様式<br>神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業に係る証明書及び化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表<br><small>（原疾患治療実施医療機関） ※2回目の申請時は省略可</small><br><input type="checkbox"/> 住民票の写し（申請日に県内に住所を有していることが確認できるもの） |                    |  |      |       |     |    |
|  | 胚(受精卵)凍結の場合                         | <input type="checkbox"/> 夫婦であることを証明できる書類 ※2回目の申請時は内容に変更しない場合は省略可<br>①法律婚の場合                      ②事実婚の場合<br><input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 両人の戸籍謄本<br><input type="checkbox"/> 配偶者の住民票の写し<br><input type="checkbox"/> 【同一世帯でない場合のみ】<br>第9号様式 事実婚関係に関する申立書(妊孕性温存治療分)                        |                    |  |      |       |     |    |
|  | 院外処方、他医療機関で支払いがある場合                 | <input type="checkbox"/> 【第2号様式の領収金額が助成上限額に達していない場合のみ】<br>費用と治療内容が分かる領収書及び治療明細のコピー<br>または、第10号様式 神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業に係る領収金額内訳証明書（妊孕性温存治療一部実施医療機関）   |                    |  |      |       |     |    |
| 振込先<br><small>（原則、申請者名義。他の口座を希望する場合は委任状が必要です。）</small>   | 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                                   |      |       |     |    |
| 次の事項について同意します。（同意いただけない場合、本助成を受けることはできません。）<br>・ 国の「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」実施のために日本がん・生殖医療学会に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・生殖医療学会が本事業に係る研究を適切に行えると認める者に当該情報を提供すること。<br>・ 妊孕性温存治療を実施した医療機関に内容を照会すること。<br>・ 本事業に係る助成状況について他の都道府県へ照会及び情報提供を行うこと。 |                                     |  |                    |  |      |       |     |    |
| 年      月      日  |                                     |  |                    |  |      |       |     |    |
| 申請者氏名(自署) _____<br>妊孕性温存療法を受けた者(自署)<br><small>（申請者と同じである場合等記載不要）</small> _____   |                                     |  |                    |  |      |       |     |    |

留意事項

申請にあたっての留意事項



本事業のホームページTOP



郵送先

〒231-8588  
神奈川県横浜市中区日本大通 1  
神奈川県 がん・疾病対策課

※封筒の表に「妊孕性助成申請書在中」と記載してください。

問合せ先

神奈川県 がん・疾病対策課  
電話 045-210-5015 (直通)  
メールアドレス ninnyousei.r8jx@pref.kanagawa.lg.jp

※ 二次元コードを読み込むとメール作成画面が開きます。➡

