

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業） 新旧対照表

新	旧
<p>高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）</p> <p>第1条～第16条 （省略）</p> <p>附 則</p> <p>1 この要綱は、令和3年5月7日から施行し、同年4月1日から適用する。</p> <p>2 この要綱は、令和8年5月31日限り、その効力を失う。ただし、この要綱に基づき交付された補助金については、第9条から第12条まで及び第14条の規定は、同日以降もその効力を有する。</p> <p>附 則</p> <p>1 この要綱は、令和4年7月1日から施行し、同年4月1日から適用する。</p> <p>2 改正後の高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）の規定は、この要綱の適用日以後に妊よう性温存治療を開始した者の交付について適用し、同日前に治療を開始した者の決定についてはなお従前の例による。</p> <p>附 則</p> <p>1 この要綱は、令和5年5月29日から施行し、同年4月1日から適用する。</p> <p>2 改正後の高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）の規定は、この要綱の適用日以後に妊よう性温存治療を開始した者の交付について適用し、同日前に治療を開始した者の決定についてはなお従前の例による。</p> <p><u>附 則</u></p> <p><u>1 この要綱は、令和5年7月25日から施行する。</u></p>	<p>高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）</p> <p>第1条～別表第3 （省略）</p> <p>附 則</p> <p>1 この要綱は、令和3年5月7日から施行し、同年4月1日から適用する。</p> <p>2 この要綱は、令和8年5月31日限り、その効力を失う。ただし、この要綱に基づき交付された補助金については、第9条から第12条まで及び第14条の規定は、同日以降もその効力を有する。</p> <p>附 則</p> <p>1 この要綱は、令和4年7月1日から施行し、同年4月1日から適用する。</p> <p>2 改正後の高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）の規定は、この要綱の適用日以後に妊よう性温存治療を開始した者の交付について適用し、同日前に治療を開始した者の決定についてはなお従前の例による。</p> <p>附 則</p> <p>1 この要綱は、令和5年5月29日から施行し、同年4月1日から適用する。</p> <p>2 改正後の高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）の規定は、この要綱の適用日以後に妊よう性温存治療を開始した者の交付について適用し、同日前に治療を開始した者の決定についてはなお従前の例による。</p>

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業） 新旧対照表

新	旧
<p><u>2 改正後の高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）の規定は、この要綱の適用日以後に妊よう性温存治療を開始した者の交付について適用し、同日前に治療を開始した者の決定についてはなお従前の例による。</u></p> <p>別表第1－1～別表第3 （省略）</p>	<p>別表第1－1～別表第3 （省略）</p>

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業） 新旧対照表

新		旧	
<p>別記 第1-1号様式（第7条関係） (表)</p> <p>高知県妊よう性温存治療費補助金申請書（妊よう性温存治療分）</p> <p>高知県知事 様 次のとおり申請します。</p> <p>申請日 年 月 日</p> <p>妊よう性温存治療を受けた者との関係</p> <p>申請者 ふりがな 氏名 生年月日 年 月 日生 () 歳 性別 男・女 住所 電話番号 【 自宅・携帯・その他 () 】</p> <p>患者アプリ番号 (12桁) ※原則必須 患者アプリを登録出来ない場合はその理由</p> <p>妊よう性温存治療を受けた者 (申請者と同じであれば記入不要) ふりがな 氏名 生年月日 年 月 日生 () 歳 性別 男・女 住所 電話番号 【 自宅・携帯・その他 () 】</p> <p>妊よう性温存療法研究促進事業(妊よう性温存治療分)の申請回数 (いずれかの番号に○をつけてください) ★助成回数は遡算2回までです</p> <p>高知県妊よう性温存治療費補助金の対象となる費用について、他の補助金等の交付を受けていますか。</p> <p>振込先指定口座 (申請者の名義) 金融機関名 銀行 金庫 農協 口座種別 口座番号 (ふりがな) 口座名義</p> <p>添付書類 (添付したものに☑) □1 高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る証明書 (別記第1-2号様式及び別記第1-4号様式) □2 一律の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、領収金額内訳証明書 (別記第1-3号様式) □3 性比費の写し原本 (申請日から3月以内のもので、高知県内に住所を有していることが確認できるもの。) □4 医療機関が発行した補助の対象となる妊よう性温存治療費の領収書及び診療明細書等の診療内容が分かる書類 (原印、原本) □5 申請する妊よう性温存治療に係る薬剤処方を含めて申請する場合は、薬剤に係る領収書及び薬剤情報提供書等の処方薬剤の種類が分かる書類 (原印、原本) □6 申請する妊よう性温存治療を受けるに至る意思決定を行ったカウンセリング費用を含めて申請する場合は、カウンセリングに係る領収書及び診療明細書等のカウンセリングを受けたことが分かる書類 (原印、原本) □7 補助金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義、口座番号及び支店名が確認することができるものの写し □8 納税証明書の原本 (県税の滞納がないことを確認できるもの。又は県税完納情報の提供に係る同意書 (※1) 及び本人確認書類の写し (※2) ※1・2:裏面参照) □9 【既成婚の場合】婚姻関係を確認することができる書類 □ ①法律婚の場合は、両人の戸籍謄本 □ ②事実婚の場合は、両人の戸籍謄本及び両人の住民票 □ ③事実婚で同一世帯でない場合は、両人の事実婚関係に関する申立書 (様式第1-5号) □10 その他知事が必要と認める書類</p> <p>主治医から、妊よう性温存治療について十分な説明を受け、理解した上で、妊よう性温存治療を受けましたので、裏面の注意事項を理解の上、必要書類を添えて申請します。 また、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)</p> <p>※同意項目に因 □本事業の趣旨を理解し、43歳未満においては、小児・AYA世代のがん患者等の妊よう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・生殖医療学会が妊よう性温存治療及び温存後生殖補助医療に係る研究を適切に行えたと認める者に対して当該の情報を提供すること。 □補助の適性を判断するために必要な場合、県が妊よう性温存治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会すること。 □本事業の助成状況について他の都道府県や市町村、担当部署へ照会及び提供すること。 □高知県のがん対策の推進に必要な目的 (施策の立案や調査及び分析等) において申請内容を利用すること。</p> <p>年 月 日 申請額 円 申請者氏名 (白署)</p> <p>助成決定金額 ※高知県使用額 円</p>		<p>別記 第1-1号様式（第7条関係） (表)</p> <p>高知県妊よう性温存治療費補助金申請書（妊よう性温存治療分）</p> <p>高知県知事 様 次のとおり申請します。</p> <p>申請日 年 月 日</p> <p>妊よう性温存治療を受けた者との関係</p> <p>申請者 ふりがな 氏名 生年月日 年 月 日生 () 歳 性別 男・女 住所 電話番号 【 自宅・携帯・その他 () 】</p> <p>患者アプリ番号 (12桁) ※原則必須 患者アプリを登録出来ない場合はその理由</p> <p>妊よう性温存治療を受けた者 (申請者と同じであれば記入不要) ふりがな 氏名 生年月日 年 月 日生 () 歳 性別 男・女 住所 電話番号 【 自宅・携帯・その他 () 】</p> <p>妊よう性温存療法研究促進事業(妊よう性温存治療分)の申請回数 (いずれかの番号に○をつけてください) ★助成回数は遡算2回までです</p> <p>高知県妊よう性温存治療費補助金の対象となる費用について、他の補助金等の交付を受けていますか。</p> <p>振込先指定口座 (申請者の名義) 金融機関名 銀行 金庫 農協 口座種別 口座番号 (ふりがな) 口座名義</p> <p>添付書類 (添付したものに☑) □1 高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る証明書 (別記第1-2号様式及び別記第1-4号様式) □2 一律の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、領収金額内訳証明書 (別記第1-3号様式) □3 性比費の写し原本 (申請日から3月以内のもので、高知県内に住所を有していることが確認できるもの。) □4 医療機関が発行した補助の対象となる妊よう性温存治療費の領収書及び診療明細書等の診療内容が分かる書類 (原印、原本) □5 申請する妊よう性温存治療に係る薬剤処方を含めて申請する場合は、薬剤に係る領収書及び薬剤情報提供書等の処方薬剤の種類が分かる書類 (原印、原本) □6 申請する妊よう性温存治療を受けるに至る意思決定を行ったカウンセリング費用を含めて申請する場合は、カウンセリングに係る領収書及び診療明細書等のカウンセリングを受けたことが分かる書類 (原印、原本) □7 補助金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義、口座番号及び支店名が確認することができるものの写し □8 納税証明書の原本 (県税の滞納がないことを確認できるもの。又は県税完納情報の提供に係る同意書 (※1) 及び本人確認書類の写し (※2) ※1・2:裏面参照) □9 【既成婚の場合】婚姻関係を確認することができる書類 (※3) □ ①法律婚の場合は、両人の戸籍謄本 □ ②事実婚の場合は、両人の戸籍謄本及び両人の住民票 □ ③事実婚で同一世帯でない場合は、両人の事実婚関係に関する申立書 (様式第1-5号) □10 その他知事が必要と認める書類</p> <p>主治医から、妊よう性温存治療について十分な説明を受け、理解した上で、妊よう性温存治療を受けましたので、裏面の注意事項を理解の上、必要書類を添えて申請します。 また、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)</p> <p>※同意項目に因 □本事業の趣旨を理解し、43歳未満においては、小児・AYA世代のがん患者等の妊よう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・生殖医療学会が妊よう性温存治療及び温存後生殖補助医療に係る研究を適切に行えたと認める者に対して当該の情報を提供すること。 □補助の適性を判断するために必要な場合、県が妊よう性温存治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会すること。 □本事業の助成状況について他の都道府県や市町村、担当部署へ照会及び提供すること。 □高知県のがん対策の推進に必要な目的 (施策の立案や調査及び分析等) において申請内容を利用すること。</p> <p>年 月 日 申請額 円 申請者氏名 (白署)</p> <p>助成決定金額 ※高知県使用額 円</p>	

新	旧
<p style="text-align: center;">(裏)</p> <div data-bbox="212 220 987 359" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>● 県税完納情報の提供に係る同意書（※1）及び本人確認書類の写し（※2）について ※1：税務課が別に定める「県税完納情報提供事務処理要領」における第4号様式。 ※2：補助事業者が個人の場合は、マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。 補助事業者が法人の場合は、法人代表者のマイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。 （注）マイナンバーカードは表面のみコピー（裏面はマイナンバーの表示があるため、提出は不可とする。）、健康保険証の保険者番号及び被保険者等番号・番号は復元できない程度にマスキング処理を施す等してください。</p> </div> <div data-bbox="212 371 987 981" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>◎ 注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 妊よう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。 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。 助成決定金額は、高知県から文書で通知します。 助成の対象となる治療費は、妊よう性温存治療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。 助成額は、妊よう性温存治療に要した医療保険適用外費用であり、精子は25,000円、精子（精巣内精子採取）は35万円、胚（受精卵）は35万円、未受精卵は20万円、卵巣組織は40万円が上限です。補助率は高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）の別表1に定めるとおりです。ただし、当該補助額に1,000円未満の端数を生じた場合は、これを切り捨てるものとします。 助成回数は、対象者一人に対して通算2回までです。なお、異なる治療を受けた場合であっても通算2回までです。 本事業の対象となる治療について、重複して他の補助金等の交付を受けることはできません。 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、当該医療機関に様式第1-3号の発行を依頼してください。 医療機関によっては、様式第1-2号、1-3号及び様式第1-4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。（本事業の補助対象外） 本事業に参加する方の妊よう性温存治療に関する診察情報は、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（JOFRR）」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。 書類に不備がある場合、補助金を交付できないことがありますので、ご注意ください。 本事業は、妊よう性温存治療に要する費用を申請に基づき高知県が補助するものであり、原疾患の治療及び妊よう性温存治療、妊よう性温存治療後の妊娠等、その医療の内容について高知県が保証し、又は責任を負うものではありません。 </div> <div data-bbox="212 994 987 1070" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>◎ 個人情報の取扱いについて 得られた個人情報は、補助金の交付事務、同意事項及び高知県のがん対策の推進に必要な目的（施策の立案や調査及び分析等）以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。</p> </div> <div data-bbox="212 1090 987 1201" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>申請方法 郵送の場合（簡易書留等、必ず記録が残る方法で送付してください。） 宛先：〒780-8570 高知県高知市丸ノ内1丁目2番20号 高知県健康政策部健康対策課 がん・企画担当 ※封筒の表面に「高知県妊よう性温存治療費補助金申請書在中」と朱書きしてください。</p> </div> <div data-bbox="212 1220 987 1316" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>持参の場合 受付窓口：高知県健康政策部健康対策課（高知県庁4階） 受付時間：月曜日から金曜日（祝祭日、年末年始を除く。） 午前8時30分から午後5時15分</p> </div> <div data-bbox="212 1335 987 1383" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>問合せ先 高知県健康政策部健康対策課 がん・企画担当 電話：088-823-9671（直通）</p> </div>	<p style="text-align: center;">(裏)</p> <div data-bbox="1220 220 1995 359" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>● 県税完納情報の提供に係る同意書（※1）及び本人確認書類の写し（※2）について ※1：税務課が別に定める「県税完納情報提供事務処理要領」における第4号様式。 ※2：補助事業者が個人の場合は、マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。 補助事業者が法人の場合は、法人代表者のマイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。 （注）マイナンバーカードは表面のみコピー（裏面はマイナンバーの表示があるため、提出は不可とする。）、健康保険証の保険者番号及び被保険者等番号・番号は復元できない程度にマスキング処理を施す等してください。</p> </div> <div data-bbox="1220 371 1995 981" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>◎ 注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 妊よう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。 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。 助成決定金額は、高知県から文書で通知します。 助成の対象となる治療費は、妊よう性温存治療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。 助成額は、妊よう性温存治療に要した医療保険適用外費用であり、精子は25,000円、精子（精巣内精子採取）は35万円、胚（受精卵）は35万円、未受精卵は20万円、卵巣組織は40万円が上限です。補助率は高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）の別表1に定めるとおりです。ただし、当該補助額に1,000円未満の端数を生じた場合は、これを切り捨てるものとします。 助成回数は、対象者一人に対して通算2回までです。なお、異なる治療を受けた場合であっても通算2回までです。 本事業の対象となる治療について、重複して他の補助金等の交付を受けることはできません。 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、当該医療機関に様式第1-3号の発行を依頼してください。 医療機関によっては、様式第1-2号、1-3号及び様式第1-4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。（本事業の補助対象外） 本事業に参加する方の妊よう性温存治療に関する診察情報は、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（JOFRR）」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。 書類に不備がある場合、補助金を交付できないことがありますので、ご注意ください。 本事業は、妊よう性温存治療に要する費用を申請に基づき高知県が補助するものであり、原疾患の治療及び妊よう性温存治療、妊よう性温存治療後の妊娠等、その医療の内容について高知県が保証し、又は責任を負うものではありません。 </div> <div data-bbox="1220 994 1995 1070" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>◎ 個人情報の取扱いについて 得られた個人情報は、補助金の交付事務、同意事項及び高知県のがん対策の推進に必要な目的（施策の立案や調査及び分析等）以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。</p> </div> <div data-bbox="1220 1090 1995 1201" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>申請方法 郵送の場合（簡易書留等、必ず記録が残る方法で送付してください。） 宛先：〒780-8570 高知県高知市丸ノ内1丁目2番20号 高知県健康政策部健康対策課 がん・企画担当 ※封筒の表面に「高知県妊よう性温存治療費補助金申請書在中」と朱書きしてください。</p> </div> <div data-bbox="1220 1220 1995 1316" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>持参の場合 受付窓口：高知県健康政策部健康対策課（高知県庁4階） 受付時間：月曜日から金曜日（祝祭日、年末年始を除く。） 午前8時30分から午後5時15分</p> </div> <div data-bbox="1220 1335 1995 1383" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>問合せ先 高知県健康政策部健康対策課 がん・企画担当 電話：088-823-9671（直通）</p> </div>

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業） 新旧対照表

新	旧
---	---

別記
第1-3号様式（第7条関係）（妊よう性温存治療実施医療機関の連携機関において記載）

高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る領収金額内訳証明書
(妊よう性温存治療実施医療機関の連携機関)

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）で示す対象者要件を満たす者に対し、妊よう性温存治療実施医療機関の指導に基づく妊よう性温存治療の一部（※1）を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日 医療機関の所在地 _____
 医療機関の名称 _____
 診療科 _____
 担当医師 氏名（※主治医が自署） _____

妊よう性温存治療を受けた者	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	年	月	日生	性別 男・女
妊よう性温存療法を受ける患者の紹介を受けた妊よう性温存治療指定医療機関名と当該医師名		医療機関の名称（ <u>妊よう性温存治療</u> 主治医の氏名 _____）			
領収金額合計 ※2	円（内訳は以下のとおり）				
領収金額内訳	項目	費用	日付※3		
		円			
		円			
		円			
		円			
	合計	円			
備考					

治療期間	
年 月 日	～ 年 月 日

領収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	

※1 生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療に際して精子、卵子又は卵巣組織を採取し、これを凍結保存するまでの一連の医療行為、若しくは卵子を採取し、これを受精させ、胚（受精卵）を凍結保存するまでの一連の医療行為のこと。
 ※2 助成の対象となる費用は、妊孕性温存療法及び初回の凍結保存に要した費用に限るものとし、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。
 ※3 領収書の日付をご記載ください。

第1-4号様式（省略）

別記
第1-3号様式（第7条関係）（妊よう性温存治療実施医療機関の連携機関において記載）

高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る領収金額内訳証明書
(妊よう性温存治療実施医療機関の連携機関)

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）で示す対象者要件を満たす者に対し、妊よう性温存治療実施医療機関の指導に基づく妊よう性温存治療の一部（※1）を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日 医療機関の所在地 _____
 医療機関の名称 _____
 診療科 _____
 担当医師 氏名（※主治医が自署） _____

妊よう性温存治療を受けた者	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	年	月	日生	性別 男・女
妊よう性温存療法を受ける患者の紹介を受けた妊よう性温存治療指定医療機関名と当該医師名		医療機関の名称（ <u>原疾患</u> 主治医の氏名 _____）			
領収金額合計 ※2	円（内訳は以下のとおり）				
領収金額内訳	項目	費用	日付※3		
		円			
		円			
		円			
		円			
	合計	円			
備考					

治療期間	
年 月 日	～ 年 月 日

領収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	

※1 生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療に際して精子、卵子又は卵巣組織を採取し、これを凍結保存するまでの一連の医療行為、若しくは卵子を採取し、これを受精させ、胚（受精卵）を凍結保存するまでの一連の医療行為のこと。
 ※2 助成の対象となる費用は、妊孕性温存療法及び初回の凍結保存に要した費用に限るものとし、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。
 ※3 領収書の日付をご記載ください。

第1-4号様式（省略）

新	旧
<p>第1-5号様式（第7条関係）</p> <p style="text-align: center;">事実婚関係に関する申立書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>高知県知事 様</p> <p>下記二名については、事実婚関係にあります。 本事業の妊よう性温存治療により凍結保存した胚は、事実婚または婚姻関係が継続している間に限り保存することに同意し、これらの関係が解消された場合、速やかに凍結保存を行った指定医療機関にその旨を申し出ます。</p> <p>① 住所 _____ 氏名 _____</p> <p>② 住所 _____ 氏名 _____</p> <p>※別世帯になっている理由 （①と②が別世帯となっている場合には記入）</p> <p>_____ _____ _____ _____ _____</p> <p>第2号様式～第7号様式 （省略）</p>	<p>第1-5号様式（第7条関係）</p> <p style="text-align: center;">事実婚関係に関する申立書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>高知県知事 様</p> <p>下記二名については、事実婚関係にあります。 本事業の妊孕性温存療法により凍結保存した胚は、事実婚または婚姻関係が継続している間に限り保存することに同意し、これらの関係が解消された場合、速やかに凍結保存を行った指定医療機関にその旨を申し出ます。</p> <p>① 住所 _____ 氏名 _____</p> <p>② 住所 _____ 氏名 _____</p> <p>※別世帯になっている理由 （①と②が別世帯となっている場合には記入）</p> <p>_____ _____ _____ _____ _____</p> <p>第2号様式～第7号様式 （省略）</p>

新	旧																																																																																																																																																																																																											
<p style="text-align: center;">別記 第8-1号様式（第7条関係） （表）</p> <p style="text-align: center;">高知県妊よう性温存治療費補助金申請書（温存後生殖補助医療分）</p> <p>高知県知事 様 次のとおり申請します。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;">申請日</td> <td style="width:10%;">年</td> <td style="width:10%;">月</td> <td style="width:10%;">日</td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">申請者</td> <td>ふりがな</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日生（ ）歳</td> <td>性別</td> <td colspan="4">男・女</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="8">〒 —</td> </tr> <tr> <td></td> <td>電話番号</td> <td colspan="8">【 自宅・携帯・その他（ ） 】</td> </tr> <tr> <td></td> <td>患者アプリ番号 (12桁) ※原則必須</td> <td colspan="8">患者アプリを登録出来ない場合はその理由</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">夫 (申請者と同じであれば記入不要)</td> <td>ふりがな</td> <td colspan="8">生年月日</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日生（ ）歳</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">妻 (申請者と同じであれば記入不要)</td> <td>ふりがな</td> <td colspan="8">生年月日</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日生（ ）歳</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="10">過去に妊よう性温存療法研究促進事業（生殖補助医療分）の助成を受けたことがありますか。</td> </tr> <tr> <td colspan="10"> ない ・ ある → ある場合：①自身が過去（ ）回を受けた ②パートナーが過去（ ）回を受けた ※助成を受けたことがある場合：助成を受けた都道府県名（ ） </td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">振込先 指定口座 (申請者 の名義)</td> <td>金融 機関名</td> <td colspan="8">銀行 金庫 農協</td> </tr> <tr> <td>口座 種別</td> <td>普通 当座 その他()</td> <td>口座 番号</td> <td>(ふりがな) 口座名義</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="11" style="text-align: center; vertical-align: middle;">添付書類 (添付した ものに○)</td> <td colspan="9"> <input type="checkbox"/> 1 高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る証明書（温存後生殖補助医療分）（別記第8-2号様式） <input type="checkbox"/> 2 一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、領収金額内訳証明書（別記第8-3号様式） <input type="checkbox"/> 3 住民票の写し原本（申請日から3月以内のもので、高知県内に住所を有していることが確認できるもの。） <input type="checkbox"/> 4 医療機関が発行した補助の対象となる温存後生殖補助医療の領収書及び診療明細書等の診療内容が分かる書類（原則として原本） <input type="checkbox"/> 5 申請する温存後生殖補助医療に係る薬剤処方を含めて申請する場合は、薬剤に係る領収書及び薬剤情報提供書等の処方薬剤の種類が分かる書類（原則として原本） <input type="checkbox"/> 6 申請する温存後生殖補助医療を受けるに至る意思決定を行ったカウンセリング費用を含めて申請する場合は、カウンセリングに係る領収書及び診療明細書等のカウンセリングを受けたことが分かる書類（原則として原本） <input type="checkbox"/> 7 補助金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義、口座番号及び支店名が確認することができるもの等 <input type="checkbox"/> 8 納税証明書の原本（原税の滞納がないことを確認できるもの。）又は県税完納情報の提供に係る同意書（※1）及び本人確認書類の写し（※2） ※1・2：裏面参照 <input type="checkbox"/> 9 婚姻関係を証明することができる書類 <input type="checkbox"/> ①法律婚の場合は、二人の戸籍簿本 <input type="checkbox"/> ②事実婚の場合は、二人の戸籍簿本及び二人の住民票 <input type="checkbox"/> ③事実婚で同一世帯でない場合は、二人の事実婚関係に関する申立書（様式第8-4号） <input type="checkbox"/> 10 これまで受けた助成回数リセットする場合 <input type="checkbox"/> ①助成を受けた後に出産した場合は、出生に至った事実を確認できる書類（住民票と戸籍簿本等） <input type="checkbox"/> ②妊娠12週以降に死産に至った場合は、事実を確認できる書類（死産届の写し等） <input type="checkbox"/> 11 その他知事が必要と認める書類 </td> </tr> <tr> <td colspan="10"> 主治医から、温存後生殖補助医療について十分な説明を受け、理解した上で、温存後生殖補助医療を受けましたので、裏面の注意事項を理解の上、必要書類を添えて申請します。 また、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） </td> </tr> <tr> <td colspan="10"> ※同意項目に○ <input type="checkbox"/> 本事業の趣旨を理解し、小児・AYA世代のがん患者等の妊よう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・生殖医療学会が妊よう性温存治療及び温存後生殖補助医療に係る研究を適切に行えと認める者に対して、当該の情報を提供すること。 <input type="checkbox"/> 補助の適性を判断するために必要な場合、県が妊よう性温存治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会すること。 <input type="checkbox"/> 本事業の助成状況について他の都道府県や市町村、担当部署へ照会及び提供すること。 <input type="checkbox"/> 高知県のがん対策の推進に必要な目的（施策の立案や調査及び分析等）において申請内容を利用すること。 </td> </tr> <tr> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>申請額</td> <td>円</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">申請者氏名（自署）</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td>助成決定金額 ※高知県使用額</td> <td colspan="5">円</td> </tr> </table>		申請日	年	月	日						申請者	ふりがな									氏名									生年月日	年	月	日生（ ）歳	性別	男・女				住所	〒 —									電話番号	【 自宅・携帯・その他（ ） 】									患者アプリ番号 (12桁) ※原則必須	患者アプリを登録出来ない場合はその理由								夫 (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな	生年月日								氏名	年	月	日生（ ）歳						妻 (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな	生年月日								氏名	年	月	日生（ ）歳						過去に妊よう性温存療法研究促進事業（生殖補助医療分）の助成を受けたことがありますか。										ない ・ ある → ある場合：①自身が過去（ ）回を受けた ②パートナーが過去（ ）回を受けた ※助成を受けたことがある場合：助成を受けた都道府県名（ ）										振込先 指定口座 (申請者 の名義)	金融 機関名	銀行 金庫 農協								口座 種別	普通 当座 その他()	口座 番号	(ふりがな) 口座名義						添付書類 (添付した ものに○)	<input type="checkbox"/> 1 高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る証明書（温存後生殖補助医療分）（別記第8-2号様式） <input type="checkbox"/> 2 一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、領収金額内訳証明書（別記第8-3号様式） <input type="checkbox"/> 3 住民票の写し原本（申請日から3月以内のもので、高知県内に住所を有していることが確認できるもの。） <input type="checkbox"/> 4 医療機関が発行した補助の対象となる温存後生殖補助医療の領収書及び診療明細書等の診療内容が分かる書類（原則として原本） <input type="checkbox"/> 5 申請する温存後生殖補助医療に係る薬剤処方を含めて申請する場合は、薬剤に係る領収書及び薬剤情報提供書等の処方薬剤の種類が分かる書類（原則として原本） <input type="checkbox"/> 6 申請する温存後生殖補助医療を受けるに至る意思決定を行ったカウンセリング費用を含めて申請する場合は、カウンセリングに係る領収書及び診療明細書等のカウンセリングを受けたことが分かる書類（原則として原本） <input type="checkbox"/> 7 補助金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義、口座番号及び支店名が確認することができるもの等 <input type="checkbox"/> 8 納税証明書の原本（原税の滞納がないことを確認できるもの。）又は県税完納情報の提供に係る同意書（※1）及び本人確認書類の写し（※2） ※1・2：裏面参照 <input type="checkbox"/> 9 婚姻関係を証明することができる書類 <input type="checkbox"/> ①法律婚の場合は、二人の戸籍簿本 <input type="checkbox"/> ②事実婚の場合は、二人の戸籍簿本及び二人の住民票 <input type="checkbox"/> ③事実婚で同一世帯でない場合は、二人の事実婚関係に関する申立書（様式第8-4号） <input type="checkbox"/> 10 これまで受けた助成回数リセットする場合 <input type="checkbox"/> ①助成を受けた後に出産した場合は、出生に至った事実を確認できる書類（住民票と戸籍簿本等） <input type="checkbox"/> ②妊娠12週以降に死産に至った場合は、事実を確認できる書類（死産届の写し等） <input type="checkbox"/> 11 その他知事が必要と認める書類									主治医から、温存後生殖補助医療について十分な説明を受け、理解した上で、温存後生殖補助医療を受けましたので、裏面の注意事項を理解の上、必要書類を添えて申請します。 また、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）										※同意項目に○ <input type="checkbox"/> 本事業の趣旨を理解し、小児・AYA世代のがん患者等の妊よう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・生殖医療学会が妊よう性温存治療及び温存後生殖補助医療に係る研究を適切に行えと認める者に対して、当該の情報を提供すること。 <input type="checkbox"/> 補助の適性を判断するために必要な場合、県が妊よう性温存治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会すること。 <input type="checkbox"/> 本事業の助成状況について他の都道府県や市町村、担当部署へ照会及び提供すること。 <input type="checkbox"/> 高知県のがん対策の推進に必要な目的（施策の立案や調査及び分析等）において申請内容を利用すること。										年	月	日	申請額	円						申請者氏名（自署）														助成決定金額 ※高知県使用額	円				
	申請日	年	月	日																																																																																																																																																																																																								
申請者	ふりがな																																																																																																																																																																																																											
	氏名																																																																																																																																																																																																											
	生年月日	年	月	日生（ ）歳	性別	男・女																																																																																																																																																																																																						
	住所	〒 —																																																																																																																																																																																																										
	電話番号	【 自宅・携帯・その他（ ） 】																																																																																																																																																																																																										
	患者アプリ番号 (12桁) ※原則必須	患者アプリを登録出来ない場合はその理由																																																																																																																																																																																																										
夫 (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな	生年月日																																																																																																																																																																																																										
	氏名	年	月	日生（ ）歳																																																																																																																																																																																																								
妻 (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな	生年月日																																																																																																																																																																																																										
	氏名	年	月	日生（ ）歳																																																																																																																																																																																																								
過去に妊よう性温存療法研究促進事業（生殖補助医療分）の助成を受けたことがありますか。																																																																																																																																																																																																												
ない ・ ある → ある場合：①自身が過去（ ）回を受けた ②パートナーが過去（ ）回を受けた ※助成を受けたことがある場合：助成を受けた都道府県名（ ）																																																																																																																																																																																																												
振込先 指定口座 (申請者 の名義)	金融 機関名	銀行 金庫 農協																																																																																																																																																																																																										
	口座 種別	普通 当座 その他()	口座 番号	(ふりがな) 口座名義																																																																																																																																																																																																								
添付書類 (添付した ものに○)	<input type="checkbox"/> 1 高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る証明書（温存後生殖補助医療分）（別記第8-2号様式） <input type="checkbox"/> 2 一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、領収金額内訳証明書（別記第8-3号様式） <input type="checkbox"/> 3 住民票の写し原本（申請日から3月以内のもので、高知県内に住所を有していることが確認できるもの。） <input type="checkbox"/> 4 医療機関が発行した補助の対象となる温存後生殖補助医療の領収書及び診療明細書等の診療内容が分かる書類（原則として原本） <input type="checkbox"/> 5 申請する温存後生殖補助医療に係る薬剤処方を含めて申請する場合は、薬剤に係る領収書及び薬剤情報提供書等の処方薬剤の種類が分かる書類（原則として原本） <input type="checkbox"/> 6 申請する温存後生殖補助医療を受けるに至る意思決定を行ったカウンセリング費用を含めて申請する場合は、カウンセリングに係る領収書及び診療明細書等のカウンセリングを受けたことが分かる書類（原則として原本） <input type="checkbox"/> 7 補助金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義、口座番号及び支店名が確認することができるもの等 <input type="checkbox"/> 8 納税証明書の原本（原税の滞納がないことを確認できるもの。）又は県税完納情報の提供に係る同意書（※1）及び本人確認書類の写し（※2） ※1・2：裏面参照 <input type="checkbox"/> 9 婚姻関係を証明することができる書類 <input type="checkbox"/> ①法律婚の場合は、二人の戸籍簿本 <input type="checkbox"/> ②事実婚の場合は、二人の戸籍簿本及び二人の住民票 <input type="checkbox"/> ③事実婚で同一世帯でない場合は、二人の事実婚関係に関する申立書（様式第8-4号） <input type="checkbox"/> 10 これまで受けた助成回数リセットする場合 <input type="checkbox"/> ①助成を受けた後に出産した場合は、出生に至った事実を確認できる書類（住民票と戸籍簿本等） <input type="checkbox"/> ②妊娠12週以降に死産に至った場合は、事実を確認できる書類（死産届の写し等） <input type="checkbox"/> 11 その他知事が必要と認める書類																																																																																																																																																																																																											
	主治医から、温存後生殖補助医療について十分な説明を受け、理解した上で、温存後生殖補助医療を受けましたので、裏面の注意事項を理解の上、必要書類を添えて申請します。 また、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）																																																																																																																																																																																																											
	※同意項目に○ <input type="checkbox"/> 本事業の趣旨を理解し、小児・AYA世代のがん患者等の妊よう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・生殖医療学会が妊よう性温存治療及び温存後生殖補助医療に係る研究を適切に行えと認める者に対して、当該の情報を提供すること。 <input type="checkbox"/> 補助の適性を判断するために必要な場合、県が妊よう性温存治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会すること。 <input type="checkbox"/> 本事業の助成状況について他の都道府県や市町村、担当部署へ照会及び提供すること。 <input type="checkbox"/> 高知県のがん対策の推進に必要な目的（施策の立案や調査及び分析等）において申請内容を利用すること。																																																																																																																																																																																																											
	年	月	日	申請額	円																																																																																																																																																																																																							
	申請者氏名（自署）																																																																																																																																																																																																											
					助成決定金額 ※高知県使用額	円																																																																																																																																																																																																						

 別記 第8-1号様式（第7条関係） （表） 高知県妊よう性温存治療費補助金申請書（温存後生殖補助医療分） 高知県知事 様 次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | |---|---|---------------------|----------|----------------|-------------------|-----|--|--|--|--| | | 申請日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | 申請者 | ふりがな | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年 | 月 | 日生（ ）歳 | 性別 | 男・女 | | | | | | | 住所 | 〒 — | | | | | | | | | | | 電話番号 | 【 自宅・携帯・その他（ ） 】 | | | | | | | | | | | 患者アプリ番号
(12桁)
※原則必須 | 患者アプリを登録出来ない場合はその理由 | | | | | | | | | | 夫
(申請者と同じであれば記入不要) | ふりがな | 生年月日 | | | | | | | | | | | 氏名 | 年 | 月 | 日生（ ）歳 | | | | | | | | 妻
(申請者と同じであれば記入不要) | ふりがな | 生年月日 | | | | | | | | | | | 氏名 | 年 | 月 | 日生（ ）歳 | | | | | | | | 過去に妊よう性温存療法研究促進事業（生殖補助医療分）の助成を受けたことがありますか。 | | | | | | | | | | | | ない ・ ある → ある場合：①自身が過去（ ）回を受けた
②パートナーが過去（ ）回を受けた
※助成を受けたことがある場合：助成を受けた都道府県名（ ） | | | | | | | | | | | | 振込先
指定口座
(申請者
の名義) | 金融
機関名 | 銀行
金庫
農協 | | | | | | | | | | | 口座
種別 | 普通
当座
その他() | 口座
番号 | (ふりがな)
口座名義 | | | | | | | | 添付書類
(添付した
ものに○) | <input type="checkbox"/> 1 高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る証明書（温存後生殖補助医療分）（別記第8-2号様式）
<input type="checkbox"/> 2 一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、領収金額内訳証明書（別記第8-3号様式）
<input type="checkbox"/> 3 住民票の写し原本（申請日から3月以内のもので、高知県内に住所を有していることが確認できるもの。）
<input type="checkbox"/> 4 医療機関が発行した補助の対象となる温存後生殖補助医療の領収書及び診療明細書等の診療内容が分かる書類（原則として原本）
<input type="checkbox"/> 5 申請する温存後生殖補助医療に係る薬剤処方を含めて申請する場合は、薬剤に係る領収書及び薬剤情報提供書等の処方薬剤の種類が分かる書類（原則として原本）
<input type="checkbox"/> 6 申請する温存後生殖補助医療を受けるに至る意思決定を行ったカウンセリング費用を含めて申請する場合は、カウンセリングに係る領収書及び診療明細書等のカウンセリングを受けたことが分かる書類（原則として原本）
<input type="checkbox"/> 7 補助金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義、口座番号及び支店名が確認することができるもの等
<input type="checkbox"/> 8 納税証明書の原本（原税の滞納がないことを確認できるもの。）又は県税完納情報の提供に係る同意書（※1）及び本人確認書類の写し（※2） ※1・2：裏面参照
<input type="checkbox"/> 9 婚姻関係を証明することができる書類
<input type="checkbox"/> ①法律婚の場合は、二人の戸籍簿本
<input type="checkbox"/> ②事実婚の場合は、二人の戸籍簿本及び二人の住民票
<input type="checkbox"/> ③事実婚で同一世帯でない場合は、二人の事実婚関係に関する申立書（様式第8-4号）
<input type="checkbox"/> 10 これまで受けた助成回数リセットする場合
<input type="checkbox"/> ①助成を受けた後に出産した場合は、出生に至った事実を確認できる書類（住民票と戸籍簿本等）
<input type="checkbox"/> ②妊娠12週以降に死産に至った場合は、事実を確認できる書類（死産届の写し等）
<input type="checkbox"/> 11 その他知事が必要と認める書類 | | | | | | | | | | | | 主治医から、温存後生殖補助医療について十分な説明を受け、理解した上で、温存後生殖補助医療を受けましたので、裏面の注意事項を理解の上、必要書類を添えて申請します。
また、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） | | | | | | | | | | | | ※同意項目に○
<input type="checkbox"/> 本事業の趣旨を理解し、小児・AYA世代のがん患者等の妊よう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・生殖医療学会が妊よう性温存治療及び温存後生殖補助医療に係る研究を適切に行えと認める者に対して、当該の情報を提供すること。
<input type="checkbox"/> 補助の適性を判断するために必要な場合、県が妊よう性温存治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会すること。
<input type="checkbox"/> 本事業の助成状況について他の都道府県や市町村、担当部署へ照会及び提供すること。
<input type="checkbox"/> 高知県のがん対策の推進に必要な目的（施策の立案や調査及び分析等）において申請内容を利用すること。 | | | | | | | | | | | | 年 | 月 | 日 | 申請額 | 円 | | | | | | | | 申請者氏名（自署） | | | | | | | | | | | | | | | | 助成決定金額
※高知県使用額 | 円 | | | | | |

新	旧
<p style="text-align: center;">(裏)</p> <p>◎県税完納情報の提供に係る同意書(※1)及び本人確認書類の写し(※2)について ※1：税務課が別に定める「県税完納情報提供事務処理要領」における第4号様式。 ※2：補助事業者が個人の場合は、マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。 補助事業者が法人の場合は、法人代表者のマイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。 (注) マイナンバーカードは表面のみコピー(裏面はマイナンバーの表示があるため、提出は不可とする。)、健康保険証の保険者番号及び被保険者等記号・番号は復元できない程度にマスキング処理を施す等してください。</p> <p>◎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。 2 助成決定金額は、高知県から文書で通知します。 3 助成の対象となる治療費は、妊よう性温存治療により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医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に記載した費用であり、凍結胚(受精卵)を用いた場合は10万円、凍結未受精卵子を用いた場合は25万円、凍結した卵巣組織再移植後の場合は30万円、凍結精子を用いた場合は30万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及び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10万円、人工授精を行う場合は1万円が上限です。また、卵胞が発達しない、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。 なお、当該補助額に1,000円未満の端数を生じた場合は、これを切り捨てるものとします。 5 助成回数は、初めて温存後生殖補助医療の助成を受けた際の治療期間の初日における妻の年齢が40歳未満である場合、通算6回(40歳以上43歳未満であるときは通算3回、43歳以上であるときは通算3回)までです。 ただし、助成を受けた後、出産した場合は、住民票と戸籍謄本等で出生に至った事実を確認した上で、これまで受けた助成回数をリセットすることとします。また、妊娠12週以降に死産に至った場合は、死産届の写し等により確認した上で、これまで受けた助成回数をリセットすることとします。 6 本事業の対象となる治療について、重複して他の補助金等の交付を受けることはできません。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認められません。 7 <u>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、治療及び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、当該医療機関に様式第8-3号の発行を依頼してください。</u> 8 医療機関によっては、様式第8-2号及び8-3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。(本事業の補助対象外) 9 本事業に参加する方の妊孕性温存療法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。 10 書類に不備がある場合、補助金を交付できないことがありますので、ご注意ください。 11 本事業は、温存後生殖補助に要する費用を申請に基づき高知県が補助するものであり、温存後生殖補助医療、温存後生殖補助医療後の妊娠経過や出産等、その医療の内容について高知県が保証し、又は責任を負うものではありません。</p> <p>◎個人情報の取扱いについて 得られた個人情報は、補助金の交付事務、同意事項及び高知県のがん対策の推進に必要な目的(施策の立案や調査及び分析等)以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。</p> <p>申請方法 1 郵送の場合(簡易書留等、必ず記録が残る方法で送付してください)。 宛先：〒780-8570 高知県高知市丸ノ内1丁目2番20号 高知県健康政策部健康対策課 がん・企画担当 ※封筒の表面に「高知県妊よう性温存治療費補助金申請書在中」と朱書きしてください。 2 持参の場合 受付窓口：高知県健康政策部健康対策課(高知県庁4階) 受付時間：月曜日から金曜日(祝祭日、年末年始を除く。)午前8時30分から午後5時15分</p> <p>問合せ先 高知県健康政策部健康対策課 がん・企画担当 電話：088-823-9674(直通)</p>	<p style="text-align: center;">(裏)</p> <p>◎県税完納情報の提供に係る同意書(※1)及び本人確認書類の写し(※2)について ※1：税務課が別に定める「県税完納情報提供事務処理要領」における第4号様式。 ※2：補助事業者が個人の場合は、マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。 補助事業者が法人の場合は、法人代表者のマイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。 (注) マイナンバーカードは表面のみコピー(裏面はマイナンバーの表示があるため、提出は不可とする。)、健康保険証の保険者番号及び被保険者等記号・番号は復元できない程度にマスキング処理を施す等してください。</p> <p>◎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。 2 助成決定金額は、高知県から文書で通知します。 3 助成の対象となる治療費は、妊よう性温存治療により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医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に記載した費用であり、凍結胚(受精卵)を用いた場合は10万円、凍結未受精卵子を用いた場合は25万円、凍結した卵巣組織再移植後の場合は30万円、凍結精子を用いた場合は30万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及び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10万円、人工授精を行う場合は1万円が上限です。また、卵胞が発達しない、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。 なお、当該補助額に1,000円未満の端数を生じた場合は、これを切り捨てるものとします。 5 助成回数は、初めて温存後生殖補助医療の助成を受けた際の治療期間の初日における妻の年齢が40歳未満である場合、通算6回(40歳以上43歳未満であるときは通算3回、43歳以上であるときは通算3回)までです。 ただし、助成を受けた後、出産した場合は、住民票と戸籍謄本等で出生に至った事実を確認した上で、これまで受けた助成回数をリセットすることとします。また、妊娠12週以降に死産に至った場合は、死産届の写し等により確認した上で、これまで受けた助成回数をリセットすることとします。 6 本事業の対象となる治療について、重複して他の補助金等の交付を受けることはできません。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認められません。 7 医療機関によっては、様式第8-2号及び8-3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。(本事業の補助対象外) 8 本事業に参加する方の妊孕性温存療法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、補助金を交付できないことがありますので、ご注意ください。 10 本事業は、温存後生殖補助に要する費用を申請に基づき高知県が補助するものであり、温存後生殖補助医療、温存後生殖補助医療後の妊娠経過や出産等、その医療の内容について高知県が保証し、又は責任を負うものではありません。</p> <p>◎個人情報の取扱いについて 得られた個人情報は、補助金の交付事務、同意事項及び高知県のがん対策の推進に必要な目的(施策の立案や調査及び分析等)以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。</p> <p>申請方法 1 郵送の場合(簡易書留等、必ず記録が残る方法で送付してください)。 宛先：〒780-8570 高知県高知市丸ノ内1丁目2番20号 高知県健康政策部健康対策課 がん・企画担当 ※封筒の表面に「高知県妊よう性温存治療費補助金申請書在中」と朱書きしてください。 2 持参の場合 受付窓口：高知県健康政策部健康対策課(高知県庁4階) 受付時間：月曜日から金曜日(祝祭日、年末年始を除く。)午前8時30分から午後5時15分</p> <p>問合せ先 高知県健康政策部健康対策課 がん・企画担当 電話：088-823-9674(直通)</p>

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業） 新旧対照表

新	旧																																																																		
<p>別記 第8-2号様式（第7条関係）（温存後生殖補助医療実施医療機関において記載） （表）</p> <p style="text-align: center;">高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る証明書（温存後生殖補助医療実施医療機関）</p> <p>高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）で示す対象者要件を満たす者に対し、温存後生殖補助医療（※1）を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。</p> <p>年 月 日 医療機関の所在地 _____</p> <p>医療機関の名称 _____</p> <p>診療科 _____</p> <p>主治医氏名（※主治医が自署） _____</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width:5%;">温存後生殖補助医療の対象者（※2）</td> <td style="width:15%;">ふりがな</td> <td style="width:35%;"></td> <td style="width:10%;">生年月日</td> <td style="width:35%;">年 月 日生()歳</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> <td>性別</td> <td>男 ・ 女</td> </tr> <tr> <td></td> <td>患者アプリ番号(12桁)</td> <td></td> <td>患者アプリ登録が無い場合、その理由</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">配偶者（事実婚を含む）</td> <td>ふりがな</td> <td></td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日生()歳</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> <td>性別</td> <td>男 ・ 女</td> </tr> </table> <p>小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業の温存後生殖補助医療指定医療機関ですか。 はい ・ いいえ</p> <p>対象者又は配偶者は、過去に妊よう性温存療法研究促進事業（生殖補助医療分）の助成を受けたことがありますか ない ・ ある → 過去 () 回受けた （助成を受けたことがある場合） 助成を受けた都道府県名 () 温存後生殖補助医療実施医療機関名 ()</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width:5%;">治療方法</td> <td style="width:5%;">I</td> <td style="width:45%;">助成対象となる治療は、妊よう性温存治療実施後に実施した次の治療です。該当する番号に○を付けてください。 1 凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療 2 凍結した未受精卵を用いた生殖補助医療 3 凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療 4 凍結した精子を用いた生殖補助医療</td> <td style="width:45%;">生殖補助医療開始日 (年 月 日) 生殖補助医療終了日 (年 月 日) ※上記実施日と同じ場合も記載してください。 備考 ()</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td colspan="2">Iにおいて、2～4に該当する場合で次に該当する場合は、該当する番号に○をつけてください。 1 以前に凍結した胚を解冻した胚移植を実施する場合 2 人工授精を実施する場合 3 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</td> </tr> <tr> <td>III</td> <td colspan="2">他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに御記入ください。（※3） 他医療機関への依頼 あり ・ なし 院外処方 あり ・ なし 医療機関名 () 依頼内容 ()</td> </tr> </table> <p>領収金額合計 今回の治療に要した補助対象費用合計 領収金額 _____ 円（内訳は裏面のとおりに）</p> <p>備考（※4） _____</p>	温存後生殖補助医療の対象者（※2）	ふりがな		生年月日	年 月 日生()歳	氏名		性別	男 ・ 女		患者アプリ番号(12桁)		患者アプリ登録が無い場合、その理由		配偶者（事実婚を含む）	ふりがな		生年月日	年 月 日生()歳	氏名		性別	男 ・ 女	治療方法	I	助成対象となる治療は、妊よう性温存治療実施後に実施した次の治療です。該当する番号に○を付けてください。 1 凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療 2 凍結した未受精卵を用いた生殖補助医療 3 凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療 4 凍結した精子を用いた生殖補助医療	生殖補助医療開始日 (年 月 日) 生殖補助医療終了日 (年 月 日) ※上記実施日と同じ場合も記載してください。 備考 ()	II	Iにおいて、2～4に該当する場合で次に該当する場合は、該当する番号に○をつけてください。 1 以前に凍結した胚を解冻した胚移植を実施する場合 2 人工授精を実施する場合 3 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		III	他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに御記入ください。（※3） 他医療機関への依頼 あり ・ なし 院外処方 あり ・ なし 医療機関名 () 依頼内容 ()		<p>別記 第8-2号様式（第7条関係）（温存後生殖補助医療実施医療機関において記載） （表）</p> <p style="text-align: center;">高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る証明書（温存後生殖補助医療実施医療機関）</p> <p>高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）で示す対象者要件を満たす者に対し、温存後生殖補助医療（※1）を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。</p> <p>年 月 日 医療機関の所在地 _____</p> <p>医療機関の名称 _____</p> <p>診療科 _____</p> <p>主治医氏名（※主治医が自署） _____</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width:5%;">温存後生殖補助医療の対象者（※2）</td> <td style="width:15%;">ふりがな</td> <td style="width:35%;"></td> <td style="width:10%;">生年月日</td> <td style="width:35%;">年 月 日生()歳</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> <td>性別</td> <td>男 ・ 女</td> </tr> <tr> <td></td> <td>患者アプリ番号(12桁)</td> <td></td> <td>患者アプリ登録が無い場合、その理由</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">配偶者（事実婚を含む）</td> <td>ふりがな</td> <td></td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日生()歳</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> <td>性別</td> <td>男 ・ 女</td> </tr> </table> <p>小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業の温存後生殖補助医療指定医療機関ですか。 はい ・ いいえ</p> <p>対象者又は配偶者は、過去に妊よう性温存療法研究促進事業（生殖補助医療分）の助成を受けたことがありますか ない ・ ある → 過去 () 回受けた （助成を受けたことがある場合） 助成を受けた都道府県名 () 妊よう性温存治療実施医療機関名 ()</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width:5%;">治療方法</td> <td style="width:5%;">I</td> <td style="width:45%;">助成対象となる治療は、妊よう性温存治療実施後に実施した次の治療です。該当する番号に○を付けてください。 1 凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療 2 凍結した未受精卵を用いた生殖補助医療 3 凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療 4 凍結した精子を用いた生殖補助医療</td> <td style="width:45%;">生殖補助医療開始日 (年 月 日) 生殖補助医療終了日 (年 月 日) ※上記実施日と同じ場合も記載してください。 備考 ()</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td colspan="2">Iにおいて、2～4に該当する場合で次に該当する場合は、該当する番号に○をつけてください。 1 以前に凍結した胚を解冻した胚移植を実施する場合 2 人工授精を実施する場合 3 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</td> </tr> <tr> <td>III</td> <td colspan="2">他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに御記入ください。（※3） 他医療機関への依頼 あり ・ なし 院外処方 あり ・ なし 医療機関名 () 依頼内容 ()</td> </tr> </table> <p>領収金額合計 今回の治療に要した補助対象費用合計 領収金額 _____ 円（内訳は裏面のとおりに）</p> <p>備考（※4） _____</p>	温存後生殖補助医療の対象者（※2）	ふりがな		生年月日	年 月 日生()歳	氏名		性別	男 ・ 女		患者アプリ番号(12桁)		患者アプリ登録が無い場合、その理由		配偶者（事実婚を含む）	ふりがな		生年月日	年 月 日生()歳	氏名		性別	男 ・ 女	治療方法	I	助成対象となる治療は、妊よう性温存治療実施後に実施した次の治療です。該当する番号に○を付けてください。 1 凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療 2 凍結した未受精卵を用いた生殖補助医療 3 凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療 4 凍結した精子を用いた生殖補助医療	生殖補助医療開始日 (年 月 日) 生殖補助医療終了日 (年 月 日) ※上記実施日と同じ場合も記載してください。 備考 ()	II	Iにおいて、2～4に該当する場合で次に該当する場合は、該当する番号に○をつけてください。 1 以前に凍結した胚を解冻した胚移植を実施する場合 2 人工授精を実施する場合 3 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		III	他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに御記入ください。（※3） 他医療機関への依頼 あり ・ なし 院外処方 あり ・ なし 医療機関名 () 依頼内容 ()	
温存後生殖補助医療の対象者（※2）		ふりがな		生年月日	年 月 日生()歳																																																														
	氏名		性別	男 ・ 女																																																															
	患者アプリ番号(12桁)		患者アプリ登録が無い場合、その理由																																																																
配偶者（事実婚を含む）	ふりがな		生年月日	年 月 日生()歳																																																															
	氏名		性別	男 ・ 女																																																															
治療方法	I	助成対象となる治療は、妊よう性温存治療実施後に実施した次の治療です。該当する番号に○を付けてください。 1 凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療 2 凍結した未受精卵を用いた生殖補助医療 3 凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療 4 凍結した精子を用いた生殖補助医療	生殖補助医療開始日 (年 月 日) 生殖補助医療終了日 (年 月 日) ※上記実施日と同じ場合も記載してください。 備考 ()																																																																
	II	Iにおいて、2～4に該当する場合で次に該当する場合は、該当する番号に○をつけてください。 1 以前に凍結した胚を解冻した胚移植を実施する場合 2 人工授精を実施する場合 3 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																																																																	
	III	他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに御記入ください。（※3） 他医療機関への依頼 あり ・ なし 院外処方 あり ・ なし 医療機関名 () 依頼内容 ()																																																																	
温存後生殖補助医療の対象者（※2）	ふりがな		生年月日	年 月 日生()歳																																																															
	氏名		性別	男 ・ 女																																																															
	患者アプリ番号(12桁)		患者アプリ登録が無い場合、その理由																																																																
配偶者（事実婚を含む）	ふりがな		生年月日	年 月 日生()歳																																																															
	氏名		性別	男 ・ 女																																																															
治療方法	I	助成対象となる治療は、妊よう性温存治療実施後に実施した次の治療です。該当する番号に○を付けてください。 1 凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療 2 凍結した未受精卵を用いた生殖補助医療 3 凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療 4 凍結した精子を用いた生殖補助医療	生殖補助医療開始日 (年 月 日) 生殖補助医療終了日 (年 月 日) ※上記実施日と同じ場合も記載してください。 備考 ()																																																																
	II	Iにおいて、2～4に該当する場合で次に該当する場合は、該当する番号に○をつけてください。 1 以前に凍結した胚を解冻した胚移植を実施する場合 2 人工授精を実施する場合 3 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																																																																	
	III	他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに御記入ください。（※3） 他医療機関への依頼 あり ・ なし 院外処方 あり ・ なし 医療機関名 () 依頼内容 ()																																																																	
<p>※1 妊よう性温存治療により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医療のこと。</p> <p>※2 妊よう性温存治療を受け、生殖補助医療に用いた凍結検体の提供者又は凍結検体を再移植した方の氏名を記載すること。</p> <p>※3 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で治療を行った場合は、その内容をⅢに記載してください。一連の治療に直接関係する費用として、本領収金額以外の追加の費用申請が対象者からあった場合、Ⅲに記載が認められない内容は助成対象外となる可能性があります。</p> <p>※4 治療内容に係る特記事項がある場合は、備考欄に記載してください。</p>	<p>※1 妊よう性温存治療により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医療のこと。</p> <p>※2 妊よう性温存治療を受け、生殖補助医療に用いた凍結検体の提供者又は凍結検体を再移植した方の氏名を記載すること。</p> <p>※3 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で治療を行った場合は、その内容をⅢに記載してください。一連の治療に直接関係する費用として、本領収金額以外の追加の費用申請が対象者からあった場合、Ⅲに記載が認められない内容は助成対象外となる可能性があります。</p> <p>※4 治療内容に係る特記事項がある場合は、備考欄に記載してください。</p>																																																																		

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業） 新旧対照表

新	旧																																																																																
<p style="text-align: center;">(裏)</p> <p style="text-align: center;">(裏)</p> <p style="text-align: center;">領収金額 内訳明細書</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:70%;">項 目</th> <th style="width:15%;">費 用</th> <th style="width:15%;">日付 ※5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td style="text-align: right;">円</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td style="text-align: right;">円</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td style="text-align: right;">円</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td style="text-align: right;">円</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td style="text-align: right;">円</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td style="text-align: right;">円</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td style="text-align: right;">円</td><td> </td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">合 計</td> <td style="text-align: right;">円</td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="width:10%;">備考</td> <td colspan="2"> </td> </tr> </tbody> </table> <p>※5 領収書の日付をご記載ください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:50%;">治療期間</th> <th style="width:50%;">領収金額に関する問合せ先</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">年 月 日 ～ 年 月 日</td> <td> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>担当課</td><td> </td></tr> <tr><td>担当者</td><td> </td></tr> <tr><td>電話番号</td><td> </td></tr> </table> </td> </tr> </table> <p>・助成対象となる治療費のみを計上してください。</p> <p>・助成の対象となる治療費は、妊孕性温存治療により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医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。</p> <p>・卵胞が発達しない、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の費用は対象外です。</p> <p>・上治医の治療方針に基づき、上治医の属する医療機関以外の他の医療機関で治療を行った場合は、その内容をⅢに記載してください。一連の治療に直接係る費用として、本領収金額以外の追加の費用申請が対象者からあった場合、Ⅲに記載が認められない内容は助成対象外となる可能性があります。</p>	項 目	費 用	日付 ※5		円			円			円			円			円			円			円		合 計	円		備考			治療期間	領収金額に関する問合せ先	年 月 日 ～ 年 月 日	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>担当課</td><td> </td></tr> <tr><td>担当者</td><td> </td></tr> <tr><td>電話番号</td><td> </td></tr> </table>	担当課		担当者		電話番号		<p style="text-align: center;">(裏)</p> <p style="text-align: center;">(裏)</p> <p style="text-align: center;">領収金額 内訳明細書</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:70%;">項 目</th> <th style="width:15%;">費 用</th> <th style="width:15%;">日付 ※5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td style="text-align: right;">円</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td style="text-align: right;">円</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td style="text-align: right;">円</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td style="text-align: right;">円</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td style="text-align: right;">円</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td style="text-align: right;">円</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td style="text-align: right;">円</td><td> </td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">合 計</td> <td style="text-align: right;">円</td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="width:10%;">備考</td> <td colspan="2"> </td> </tr> </tbody> </table> <p>※5 領収書の日付をご記載ください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:50%;">治療期間</th> <th style="width:50%;">領収金額に関する問合せ先</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">年 月 日 ～ 年 月 日</td> <td> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>担当課</td><td> </td></tr> <tr><td>担当者</td><td> </td></tr> <tr><td>電話番号</td><td> </td></tr> </table> </td> </tr> </table> <p>・助成対象となる治療費のみを計上してください。</p> <p>・助成の対象となる治療費は、妊孕性温存治療により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医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。</p> <p>・卵胞が発達しない、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の費用は対象外です。</p> <p>・上治医の治療方針に基づき、上治医の属する医療機関以外の他の医療機関で治療を行った場合は、その内容をⅢに記載してください。一連の治療に直接係る費用として、本領収金額以外の追加の費用申請が対象者からあった場合、Ⅲに記載が認められない内容は助成対象外となる可能性があります。</p>	項 目	費 用	日付 ※5		円			円			円			円			円			円			円		合 計	円		備考			治療期間	領収金額に関する問合せ先	年 月 日 ～ 年 月 日	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>担当課</td><td> </td></tr> <tr><td>担当者</td><td> </td></tr> <tr><td>電話番号</td><td> </td></tr> </table>	担当課		担当者		電話番号	
項 目	費 用	日付 ※5																																																																															
	円																																																																																
	円																																																																																
	円																																																																																
	円																																																																																
	円																																																																																
	円																																																																																
	円																																																																																
合 計	円																																																																																
備考																																																																																	
治療期間	領収金額に関する問合せ先																																																																																
年 月 日 ～ 年 月 日	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>担当課</td><td> </td></tr> <tr><td>担当者</td><td> </td></tr> <tr><td>電話番号</td><td> </td></tr> </table>	担当課		担当者		電話番号																																																																											
担当課																																																																																	
担当者																																																																																	
電話番号																																																																																	
項 目	費 用	日付 ※5																																																																															
	円																																																																																
	円																																																																																
	円																																																																																
	円																																																																																
	円																																																																																
	円																																																																																
	円																																																																																
合 計	円																																																																																
備考																																																																																	
治療期間	領収金額に関する問合せ先																																																																																
年 月 日 ～ 年 月 日	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>担当課</td><td> </td></tr> <tr><td>担当者</td><td> </td></tr> <tr><td>電話番号</td><td> </td></tr> </table>	担当課		担当者		電話番号																																																																											
担当課																																																																																	
担当者																																																																																	
電話番号																																																																																	

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業） 新旧対照表

新	旧
---	---

別記
第8-3号様式（第7条関係）（温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関において記載）

高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る領収金額内訳証明書
(温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関)

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）で示す対象者要件を満たす者に対し、温存後生殖補助医療実施医療機関の指導に基づく温存後生殖補助医療（※1）の一部を実施し、次とおり治療費を徴収したことを証明します。

_____年 ____月 ____日 医療機関の所在地 _____

_____ 医療機関の名称 _____

_____ 診療科 _____

_____ 担当医師 氏名（※主治医が自署） _____

温存後生殖補助医療の対象者	ふりがな		生年月日	年 ____月 ____日生
	氏名		性別	男 ・ 女
配偶者（事実婚を含む）	ふりがな		生年月日	年 ____月 ____日生
	氏名		性別	男 ・ 女

温存後生殖補助医療を受ける患者の紹介を受けた温存後生殖補助医療指定医療機関名と当該医師名 _____ 医療機関の名称 _____ (_____)
_____ 温存後生殖補助医療主治医の氏名 (_____)

領収金額合計 ※2	円（内訳は以下のとおり）		
領収金額内訳	項 目	費 用	日付※3
		円	
		円	
		円	
		円	
	合計	円	

備考 _____

治療期間	領収金額に関する問合せ先
年 ____月 ____日 ~ 年 ____月 ____日	担当課 _____
	担当者 _____
	電話番号 _____

※1 妊よう性温存治療により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医療のこと。
 ※2 助成の対象となる治療費は、妊孕性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医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。
 ※3 領収書の日付をご記載ください。

第8-4号様式～第11号様式（省略）

別記
第8-3号様式（第7条関係）（温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関において記載）

高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る領収金額内訳証明書
(温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関)

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）で示す対象者要件を満たす者に対し、温存後生殖補助医療実施医療機関の指導に基づく温存後生殖補助医療（※1）の一部を実施し、次とおり治療費を徴収したことを証明します。

_____年 ____月 ____日 医療機関の所在地 _____

_____ 医療機関の名称 _____

_____ 診療科 _____

_____ 担当医師 氏名（※主治医が自署） _____

温存後生殖補助医療の対象者	ふりがな		生年月日	年 ____月 ____日生	性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	年 ____月 ____日生	性別	男 ・ 女

温存後生殖補助医療を受ける患者の紹介を受けた温存後生殖補助医療指定医療機関（※）名 _____ 医療機関の名称 _____ (_____)
_____ と当該医師名 _____ (※)主治医の氏名 (_____)

領収金額合計 ※2	円（内訳は以下のとおり）		
領収金額内訳	項 目	費 用	日付※3
		円	
		円	
		円	
		円	
	合計	円	

備考 _____

治療期間	領収金額に関する問合せ先
年 ____月 ____日 ~ 年 ____月 ____日	担当課 _____
	担当者 _____
	電話番号 _____

※1 妊よう性温存治療により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医療のこと。
 ※2 助成の対象となる治療費は、妊孕性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医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。
 ※3 領収書の日付をご記載ください。

第8-4号様式～第11号様式（省略）