

長野県卵巣機能低下症例に対する妊孕性温存療法費用助成事業交付申請書
(妊孕性温存療法分)

長野県知事 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	年 月 日生					
	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	年 月 日生					
	住所	〒 -					
	電話番号	— —					
卵巣機能低下症例に対する妊孕性温存療法費用助成事業 (妊孕性温存療法分) 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		
長野県卵巣機能低下症例に対する妊孕性温存療法費用助成事業の 対象となる費用について、他制度の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☑) ☐ 長野県卵巣機能低下症例に対する妊孕性温存療法費用助成受診等証明書 (妊孕性温存療法実施医療機関) (様式第 2 号) ☐ 申請時に長野県内に住所を有していることが確認できるもの (住民票の写し (コピー不可)) ☐ 婚姻関係を確認できる書類 (戸籍謄本)						
申請内容	申請額 _____ 円 (注意事項 6 参照)						
振 込 先	フリガナ						
	口座名義						
	金融機関名				支店名	支店	
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号				
誓約 1 凍結した卵子の売買・譲渡・その他第三者への提供を行いません。 2 凍結した卵子の海外への移送を行いません。 3 凍結した卵子を用いて生殖補助医療を実施する場合は、必ず夫 (婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む) の精子を使用します。 4 卵子凍結後、県で実施する凍結卵子の使用状況等の調査の回答へ協力します。 5 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助成の対象外であると承知しています。 6 上記事項に違反した場合、県から支給された助成金を返還いたします。 年 月 日							
申請者氏名 (自署)						※長野県使用欄 助成決定金額	
						円	

※御提供いただいた個人情報は助成金の審査、支払い、調査への協力依頼に使用します。

◎注意事項

- 1 妊孕性温存療法を受けた方が未成年の場合は、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、長野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、上限額または実際に要した費用のいずれか低い方の金額で決定します。
（参考）
A 採卵、凍結（上限20万円）
B 採卵したが卵が得られない、または、状態のよい卵が得られず中止（上限10万円）
C 卵胞が発育しない、または、排卵終了のため中止（上限10万円）
D 採卵準備中、体調不良等により治療中止（上限10万円）
- 6 申請額は、5の助成額算出方法により算出された額を記入してください。
- 7 助成回数は、通算2回までです。
- 8 本事業の対象となる費用について、他制度の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。
- 9 医療機関によっては、様式第2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です。
- 10 申請書を郵送にて提出される場合、郵送事故防止のため追跡可能な方法を推奨しております。不着となった場合、当県では一切の責任を負いません。また、郵送料は御負担ください。

郵送先

〒380-8570
長野市大字南長野字幅下692-2
長野県 健康福祉部 疾病・感染症対策課 母子保健係

問合せ先

長野県健康福祉部 疾病・感染症対策課 母子保健係
電 話：026-235-7141
F A X：026-235-7170
メー ル：boshi-hoken@pref.nagano.lg.jp