鳥取県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業補助金

受付チェックリスト

|  |  |
| --- | --- |
|  | 申請書類の確認事項 |
| **1** | **様式第１－１号　参加申請書**  　□申請日時点で、鳥取県内に住所があることを確認  　□年齢が４３歳未満であることを確認（凍結保存実施時点）  □申請回数が１回目又は２回目であることを確認（治療内容が異なる場合も通算２回まで）。  □「不妊に悩む方への特定不妊支援事業」助成を受けていないことを確認  □申請者と振込口座氏名が同じことを確認　※なお、妊孕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する。  　□患者アプリの番号（１２桁）がわかればメモさせてもらう。  　　（国が今後、申請書に記載欄を設ける予定） |
| **２** | **様式第１－２号　証明書（妊孕性温存療法実施医療機関）**  　□治療実施医療機関が、県の指定医療機関であることを確認  　　（ミオ・ファティリティ・クリニック、県立中央病院、鳥取大学医学部附属病院）  　□原疾患主治医欄が、様式１－３の記載内容と一致することを確認。  　□治療方法Ⅰ又はⅡ欄の、治療開始日が令和３年４月１日以降であることを確認。  　　また、妊孕性温存療法に係る費用の支払日の属する年度内の申請であることを確認（やむを得ない事情がある場合は、翌年度でも可）。  　□領収金額が、裏面の合計金額と一致することを確認（領収書等は不要）  　□治療方法Ⅲ欄に記載があり、院外処方がある場合は、領収書が必要となる。  　　※その場で助成対象額が確認できない場合も想定されるので、必要に応じて薬局等に確認し精査する旨伝える。 |
| **３** | **様式第１－３号　証明書（原疾患治療実施医療機関）**  　□原疾患名が、本事業の対象疾患であることを確認  　□妊孕性温存療法実施医療機関名欄が、様式１－２の記載内容と一致することを確認 |
| **４** | **住民票**  　□住所地が県内であり、申請者住所と一致することを確認 |

**＜説明する事項＞**

　〇本事業の助成条件について、改めて説明する（様式１－１にも記載、同意署名あり）。

・本事業の趣旨を理解し、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に臨床情報等を提供すること。（原則として、生殖可能年齢を越える、あるいは、検体破棄申告があるまでの期間）

・本事業及び特定不妊治療費助成事業の助成状況について他の都道府県へ照会及び提供をすること。

・また、JOFR連携アプリの登録、年１回の質問回答が必要となります（適宜、アプリから通知がある。）。

　〇１～２週間程度で、交付決定通知を申請者宛にお送りし、その後、助成金を申請書に記載のある口座に振り込みする。

　〇助成額は、妊孕性温存療法に要した医療保険適用外費用であり、上限は以下のとおり。

　　精子：２万５千円、精子（精巣内精子採取）：３５万円、胚（受精卵）：３５万円、

　　未受精卵子：２０万円、卵巣組織：４０万円