

〔別紙2〕

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 【交付申請書・実績報告書】提出書類チェックリスト(妊孕性温存療法)

このチェックリストは、交付申請書(実績報告書)の記入等の誤りや添付書類のものを少なくし、
修正等の事務手続きを軽減するために留意事項等をまとめたものです。
適切な補助金関係事務に対しご協力をお願いします。

提出書類		チェック欄	
書類名	留意事項	申請者	県
① 様式1-1号(交付申請兼実績報告書)	<ul style="list-style-type: none"> ・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してください。 ・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。 ・振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。 ・医療機関によっては、様式1-2号、1-3号、1-4-1号、1-4-2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となります。 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 様式1-2号(証明書・妊孕性温存療法実施医療機関)	<ul style="list-style-type: none"> ・妊孕性温存療法実施医療機関が記載してください。 ・助成対象となる費用のみを計上してください。 ・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、治療方法Ⅲに記載し、様式1-3号を併せて提出してください。 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 様式1-3号(領収金額内訳証明書・妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関)	<ul style="list-style-type: none"> ・妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関が記載してください。 ・助成対象となる費用のみを計上してください。 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 様式1-4-1号(証明書・原疾患治療実施医療機関)	<ul style="list-style-type: none"> ・原疾患治療実施医療機関が記載してください。 ・原疾患名の欄には、がん等の診断名(例:悪性リンパ腫、再生不良性貧血など)を記載してください。 ・事業の対象となる治療として「①「小児・AYA世代がん患者等の妊孕性温存に関する診療ガイドライン」の妊孕性低下リスク分類に示された治療」を実施する場合、様式1-4-2号を添付してください。 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 様式1-4-2号(化学療法および放射線治療により性腺毒性のリスク分類表)	<ul style="list-style-type: none"> ・原疾患治療実施医療機関が記載してください。 ・様式1-4-1号で、事業の対象となる治療として「①「小児・AYA世代がん患者等の妊孕性温存に関する診療ガイドライン」の妊孕性低下リスク分類に示された治療」を実施する場合に添付してください。 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 鳥取県内に住所を有していることが確認できるもの	<ul style="list-style-type: none"> ・住民票等 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ 夫婦であることを証明するもの ※法律婚の場合	<ul style="list-style-type: none"> ・両人の戸籍抄本等 ・⑥の住民票等で夫婦であることが確認できる場合は省略可能です。 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ 事実婚であることを証明するもの ※事実婚の場合	以下のa～cを添付してください。 a: 両人の戸籍謄本(重婚でないことの確認) b: 両人の住民票(同一世帯であるかの確認。同一世帯でない場合は、cでその理由について記載を求めること。) c: 両人の事実婚関係に関する申立書(様式第2-4号)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>