

紀の川市

小児・AYA 世代がん患者等妊孕性 温存後生殖補助医療費助成事業のご案内

紀の川市では、将来こどもを産み育てることを望む小児、思春期・若年がん患者等に対して、将来に希望を持ってがん治療等に取り組むことができるよう、治療費の一部を助成します。

対象となる方(以下のいずれにも該当する方)

- 温存後生殖補助医療費助成の申請日において市内に住民登録されている方
- 和歌山県小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業の温存後生殖補助医療に係る助成金の交付決定を受けている方
- 治療期間の初日における妻の年齢が原則43歳未満である夫婦
- 令和5年4月1日以降に温存後生殖補助医療を開始した方

助成金額

- 治療毎の1回あたりの上限額は5万円
※助成対象費用に100分の70を乗じた額から県の助成金の額を控除した額とし、上限に満たない場合は、その額となります。
(1円未満の端数が生じた場合は、その端数を切り捨てた額。)

助成回数

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回まで
- 40歳以上である場合、通算3回まで

申請方法

和歌山県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存後治療費等助成金(温存後生殖補助医療分)交付決定後、申請日の属する月を含め3ヶ月後の月末までに、以下の書類を健康推進課、各支所又は出張所まで提出してください。

- 紀の川市小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存後生殖補助医療費助成申請書兼請求書
- 和歌山県小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存治療費等助成金交付決定通知書(温存後生殖補助医療分)の写し
- 和歌山県小児・AYA 世代がん患者等温存後生殖補助医療実施証明書の写し
- 助成対象となる温存後生殖補助医療に要した費用の領収書及び診療明細書等の写し
- 助成金の振込先金融機関の口座番号を確認できる書類(通帳等)の写し

問い合わせ先

紀の川市 市民部 健康推進課 (本庁1階)

〒649-6492 紀の川市西大井338番地

TEL:0736-77-2511 FAX:0736-79-3934