

# 静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業費補助金交付要綱

## 第1 趣旨

知事は、将来子どもを産み育てることを望む小児・AYA世代のがん患者等が希望をもってがん治療等に取り組めるように、将来子どもを授かる可能性を温存するための妊孕性温存療法及び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等（以下「温存後生殖補助医療」という。）に要する費用の一部を助成し、その経済的負担の軽減を図るとともに、患者からの臨床情報等のデータを収集し、妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療の有効性・安全性のエビデンス創出や長期にわたる検体保存のガイドライン作成等の妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療の研究を促進することを目的に、妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療を受けた者に対し、予算の範囲内において、補助金を交付するものとし、その交付に関しては、静岡県補助金等交付規則（昭和31年静岡県規則第47号）及びこの要綱の定めるところによる。

## 第2 定義

この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、それぞれ当該各号の定めるところによる。

- (1) この要綱において「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業」とは、令和4年3月23日付け健発0323第4号厚生労働省健康局長通知の別紙「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実施要綱」（以下「国実施要綱」という。）に基づき、実施する事業をいう。
- (2) この要綱において「妊孕性温存療法」とは、生殖機能が低下する又は失う可能性のあるがん治療等に関して精子、卵子又は卵巣組織を採取し凍結保存するまでの一連の医療行為、又は卵子を採取し受精させ、胚（受精卵）を凍結保存するまでの一連の医療行為をいう。
- (3) この要綱において「医療保険適用外費用」とは、健康保険法（大正11年法律第70号）、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）その他の法令に基づく医療保険制度による保険給付の対象とならない費用をいう。
- (4) この要綱において「凍結保存時」とは、精子、卵子、胚（受精卵）又は卵巣組織を凍結保存した日をいう。

## 第3 妊孕性温存療法の補助対象者

補助の対象者については、以下の条件を全て満たす者とする。

- (1) 別表1に定める対象となる治療の凍結保存時に43歳未満の者  
なお、別表1の胚（受精卵）凍結に係る治療の場合は、原則、治療開始時点で法律婚の関係にある夫婦のうち、女性が妊孕性温存療法対象者である場合を対象とするが、生まれてくる子の福祉に配慮しながら、事実婚（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場合をいう。以下同じ。）の関係にある者も対象とする。
- (2) 申請時において静岡県内に住所を有する者
- (3) 原疾患に対する治療として以下のいずれかの治療を受けたこと  
ア 「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」（日本癌治療学会）の妊孕性低下リスク分類に示された治療

- イ 長期間の治療によって卵巣予備能の低下が想定されるがん疾患：乳がん（ホルモン療法）等
  - ウ 造血幹細胞移植が実施される非がん疾患：再生不良性貧血、遺伝性骨髄不全症候群（ファンconi貧血等）、原発性免疫不全症候群、先天代謝異常症、サラセミア、鎌状赤血球症、慢性活動性EBウイルス感染症等
  - エ アルキル化剤が投与される非がん疾患：全身性エリテマトーデス、ループス腎炎、多発性筋炎・皮膚筋炎、ベーチェット病等
- (4) 県が指定する医療機関の生殖医療を専門とする医師及び原疾患担当医師により、妊孕性温存療法に伴う影響について評価を行い、生命予後に与える影響が許容されると認められる者
- ただし、子宮摘出が必要な場合など、本人が妊娠できないことが想定される場合は除く。また、(3)の原疾患治療前を基本とするが、治療中及び治療後であっても医学的な必要性がある場合には対象とする。
- (5) 妊孕性温存療法の研究への臨床情報等の提供をすることに同意する者
- ただし、補助対象者が未成年者の場合は、できる限り本人も説明を受けた上で、親権者または未成年後見人が同意した場合とする。
- (6) 本事業の補助対象となる費用について、他制度の助成（若年がん患者等支援事業費補助金交付要綱に基づく助成を除く。以下同じ。）を受けていない者

#### 第4 温存後生殖補助医療の補助対象者

補助の対象者については、以下の条件を全て満たす者とする。

- (1) 原則として、夫婦のいずれかが、第3(1)を満たし、別表1に定める治療を受けた後に、別表2に定める対象となる治療を受けた場合であって、別表2に定める治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがない又は極めて少ないと医師に診断された者（原則、法律婚の関係にある夫婦を対象とするが、生まれてくる子の福祉に配慮しながら、事実婚の関係にある者も対象とする。）
- (2) 別表2に定める対象となる治療の初日における妻の年齢が原則43歳未満である者
- (3) 申請時において静岡県内に住所を有する者
- (4) 県が指定する医療機関の生殖医療を専門とする医師及び原疾患担当医師により、温存後生殖補助医療に伴う影響について評価を行い、生命予後に与える影響が許容されると認められる者
- (5) 妊孕性温存療法の研究への臨床情報等の提供をすることに同意する者

ただし、補助対象者が未成年者の場合は、できる限り本人も説明を受けた上で、親権者または未成年後見人が同意した場合とする。

- (6) 本事業の補助対象となる費用について、他制度の助成を受けていない者

また、夫、妻の両者が第3を満たし、共に別表1に定める治療を受けた後に、別表2に定める対象となる治療を受けた場合、夫婦の一方のみに別表2の区分のいずれかで助成を行うこととし、それぞれが別に助成を受けることは認められない。

#### 第5 補助対象経費

補助対象となる費用は、妊孕性温存療法、初回の凍結保存及び温存後生

殖補助医療に要した医療保険適用外費用とする。

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とする。また、温存後生殖補助医療において主たる治療を医療保険適用で実施している場合における先進医療等における自己負担部分は対象外とする。

## 第6 補助額等

### (1) 補助額

別表1及び2に掲げるとおりとする（ただし、別表2の詳細は、別紙を参照）。

### (2) 妊孕性温存療法の補助回数

補助回数は、対象者一人に対して通算2回までとする。なお、異なる治療を受けた場合であっても通算2回までとする。また、他の都道府県が国実施要綱に基づき実施する妊孕性温存療法支援事業の補助についても、通算回数に含めるものとする。

### (3) 温存後生殖補助医療の補助回数

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歳以上であるときは通算3回）までとする。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する。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する。

## 第7 婚姻関係の確認

### (1) 法律婚の場合

兩人から戸籍謄本の提出を求め、確認することとする。

### (2) 事実婚の場合

以下のア～ウの書類の提出を求め、確認することとする。

ア 兩人の戸籍謄本（重婚でないことの確認のため。）

イ 兩人の住民票（同一世帯であるかの確認のため。同一世帯でない場合は、ウでその理由について記載を求めること。）

ウ 事実婚関係に関する申立書（様式第10号）

なお、事実婚関係にある夫婦が本事業の助成を受ける場合は、温存後生殖補助医療の結果、出生した子について認知を行う意向があることを確認すること。

## 第8 交付の申請

### (1) 提出書類（妊孕性温存療法分） 各1部

ア 交付申請書（様式第1号）

イ 妊孕性温存療法実施証明書（様式第2号）

ウ 妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関領収金額内訳証明書（様式第3号）（妊孕性温存治療の一部を連携機関で実施した場合のみ。）

エ 原疾患治療実施証明書（様式4号）及び化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表（様式第4号の2）

オ 婚姻関係を確認できる書類（胚（受精卵）凍結に係る治療の場合のみ。ただし、(イ)及び(ウ)は事実婚の場合のみ。）

(ア) 二人の戸籍謄本

(イ) 二人の住民票

(ウ) 事実婚関係に関する申立書（様式第5号）

カ 申請日において、静岡県に居住していたことを証明する書類（住民票の写し等（対象者が未成年である場合は、対象者のものに加え、申請者本人のもので申請者が法定代理人であること（続柄）が分かるもの。ただし、当該市町で確認が可能な場合は省略できるものとする。））

キ 補助金の振込を希望する金融機関の通帳等のカナ名義及び口座番号が確認できるものの写し

ク その他知事が別に定める書類

(2) 提出書類（温存後生殖補助医療分） 各1部

ア 交付申請書（様式第7号）

イ 温存後生殖補助医療実施証明書（様式第8号）

ウ 温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関領収金額内訳証明書（様式第9号）（温存後生殖補助医療の一部を連携機関で実施した場合のみ。）

エ 静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業に係る証明書（原疾患治療実施医療機関）（様式第4号）及び化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表（様式第4号の2）

オ 婚姻関係を確認できる書類（ただし、(イ)及び(ウ)は事実婚の場合のみ。）

(ア) 二人の戸籍謄本

(イ) 二人の住民票

(ウ) 事実婚関係に関する申立書（様式第10号）

カ 申請日において、静岡県に居住していたことを証明する書類（住民票の写し等（対象者が未成年である場合は、対象者のものに加え、申請者本人のもので申請者が法定代理人であること（続柄）が分かるもの。ただし、当該市町で確認が可能な場合は省略できるものとする。））

キ 補助金の振込を希望する金融機関の通帳等のカナ名義及び口座番号が確認できるものの写し

ク その他知事が別に定める書類

(3) 提出期限

妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療に係る治療費の支払日の属する年度内まで。ただし、妊孕性温存療法実施後、期間を置かずに原疾患治療を開始する必要があるなどのやむを得ない事情により、当該年度内に申請が困難であった場合には、翌年度に申請することができる。

(4) 申請方法

補助金の交付を申請する者は、(1)又は(2)に定める書類を、申請時点で現に住民票を有する住所地の市町へ提出するものとする。

## 第9 請求の手続き

(1) 提出書類 1部

請求書（様式第6号）

(2) 提出期限

補助金交付確定通知書が到達した日から起算して10日を経過した日ま  
で

#### 第10 その他

この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、知事が別に定める。

##### 附 則

この要綱は、令和4年2月4日から施行し、令和3年4月1日以降に実施した妊孕性温存療法について適用する。

##### 附 則

この要綱は、令和4年12月21日から施行し、令和4年4月1日以降に実施した妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療について適用する。

##### 附 則

この要綱は、令和6年2月27日から施行し、令和5年4月1日以降に実施した妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療について適用する。ただし、改正後の第8の規定は、令和6年2月27日から適用する。

##### 附 則

- 1 この要綱は、令和7年5月22日から施行し、令和7年4月1日以降に実施した妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療に係るものについて適用する。
- 2 この要綱の施行の際現に改正前の様式により提出されている申請書等は、改正後の様式により提出された申請書等とみなす。

別表 1

妊孕性温存療法の補助対象		補助率 (額)
補助対象経費	1回当たりの 補助基準額	
胚（受精卵）凍結に係る治療	35 万円	補助対象経費の実支出額と補助基準額とを比較していずれか少ない額
未受精卵凍結に係る治療	20 万円	
卵巣組織凍結に係る治療(組織の再移植を含む)	40 万円	
精子凍結に係る治療	2 万 5 千円	
精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療	35 万円	

別表 2（詳細は別紙を参照）

温存後生殖補助医療の補助対象		補助率 (額)
補助対象経費	1回当たりの 補助上限額	
凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療	10 万円	補助対象経費の実支出額と補助基準額とを比較していずれか少ない額
凍結した未受精卵を用いた生殖補助医療	25 万円 ※ 1	
凍結した卵巣組織を用いた生殖補助医療	30 万円 ※ 1～4	
凍結した精子を用いた生殖補助医療	30 万円 ※ 1～4	

※ 1 以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合は 10 万円

※ 2 人工授精を実施する場合は 1 万円

※ 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は 10 万円

※ 4 卵胞が発育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



(表)

様式第1号 (用紙日本産業規格A4縦型)

静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業費補助金交付申請書  
(妊孕性温存療法分)

静岡県知事 氏 名 様

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業費補助金を交付されるよう、関係書類を添えて次のとおり申請します。

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・性別	年 月 日生	男 ・ 女						
	住所	〒							
	電話番号		患者アプリ番号 (12桁) ※原則必須。登録できない場合、理由を下欄に記載						
	患者アプリを登録できない理由								
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・性別	年 月 日生	男 ・ 女						
	住所	〒							
	電話番号	☎ (自宅・携帯・その他 ( ) - -)							
妊孕性温存療法支援事業の申請回数 (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 (1回目: 静岡県内) → 市町名 [ ] 3 2回目の申請 (1回目: 静岡県外) → 都道府県名 [ ]							
今回の妊孕性温存療法について、他制度の助成 (若年がん患者等支援事業費補助金交付要綱に基づく助成を除く。) を受けていますか		はい ・ いいえ 「はい」の場合、本事業の補助を受けることはできません							
国の「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」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に同意しますか。 また、日本がん・生殖医療学会が妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療に係る研究を適切に行えると認める者に対して、当該の情報を提供することに同意しますか。		はい ・ いいえ							
申請内容について相違ありません。また、以下の事項について同意します。  ・ 本事業の助成状況について担当部署 (他の都道府県を含む。) へ情報の照会及び提供を行うこと。 ・ 妊孕性温存療法を受けた医療機関に内容を照会すること。  年 月 日  申請者氏名 (自署)									
振込先	ふりがな			金融機関名			支店名		
	口座名義								
	口座種別	普通 ・ 当座		口座番号					
				補助決定金額 (※ 県使用欄)		円			

(裏)

(添付書類 (添付したものに☑) )

- 静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業に係る証明書 (妊孕性温存療法実施医療機関) (様式第2号)
- (妊孕性温存治療の一部を連携機関で実施した場合のみ)  
静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業に係る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) (様式第3号)
- 静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業に係る証明書 (原疾患治療実施医療機関) (様式第4号) 及び化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表 (様式第4号の2)
- (胚凍結の場合のみ) 二人の戸籍謄本
- (胚凍結、事実婚の場合のみ) 二人の住民票
- (胚凍結、事実婚の場合のみ) 事実婚関係に関する申立書 (様式第5号)
- 申請日において、静岡県に居住していたことを証明する書類 (住民票の写し等 (対象者が未成年である場合は、対象者のものに加え、申請者本人のもので申請者が法定代理人であること (続柄) が分かるもの。))
- 振込口座通帳等の写し (名義人、口座番号、金融機関名、支店名の分かるもの)

### ◎ 注意事項

- ※ 補助金交付の可否は、文書で通知します。
- ※ 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。
- ※ 補助の対象は、妊孕性温存療法及び初回の凍結保存に要した医療保険適用外費用です。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。
- ※ 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2号、様式第3号、様式第4号及び様式第4号の2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。
- ※ 本事業は、妊孕性温存療法に要する費用を申請に基づき補助するものであり、がん治療及び妊孕性温存療法、妊孕性温存療法後の妊娠等、その医療の内容について県が保証し、又は責任を負うものではありません。

### ◎ 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。
- なお、個人情報を加工した匿名加工情報として、県のがん対策の推進に必要な用途 (施策の立案や調査及び分析等) に活用することがあります。

(表)

様式第2号 (用紙日本産業規格A4縦型)

静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業に係る証明書  
(妊孕性温存療法実施医療機関)

以下のとおり、原疾患治療により生殖機能が低下する又は失う可能性があるとして診断された者に対し妊孕性温存療法(※1)を実施することについて説明し同意を受け、妊孕性温存療法を実施し、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

妊孕性温存療法主治医氏名(自署)

妊孕性温存療法を受けた者	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏名		性別	男 ・ 女
	患者アプリ番号		患者アプリ登録がない場合、その理由	
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の対象医療機関ですか。			はい ・ いいえ	
妊孕性温存療法について紹介を受けた原疾患主治医が所属する医療機関名と当該医師名		医療機関の名称 ( ) 原疾患主治医の氏名 ( )		
治療方法	<b>I 男性へ妊孕性温存療法を実施した場合</b>			
	いずれかの番号に○を付けてください。		妊孕性温存療法開始日 ( 年 月 日)	
	1 精子凍結保存		凍結保存日 ( 年 月 日)	
	2 精子凍結保存 (精巣内精子採取)		妊孕性温存療法終了日 ( 年 月 日) (上記実施日と同じ場合も記載してください。)	
			備考 ( )	
	<b>II 女性へ妊孕性温存療法を実施した場合</b>			
いずれかの番号に○を付けてください。		妊孕性温存療法開始日 ( 年 月 日)		
1 胚(受精卵)凍結保存		凍結保存日 ( 年 月 日)		
2 未受精卵子凍結保存		妊孕性温存療法終了日 ( 年 月 日) (上記実施日と同じ場合も記載してください。)		
3 卵巣組織凍結保存		備考 ( )		
<b>III 他医療機関依頼、院外処方等がある場合(※2)</b>				
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 ( )				
領収金額合計	円(内訳は裏面のとおり)			
備考(※3)				

※1 生殖機能が低下する又は失うおそ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です。

※2 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。

※3 妊孕性温存療法が正常に行えなかった等の治療内容に係る留意事項は備考欄に記載してください。

(裏)

領収金額 内訳証明書

項目	費用
精子、卵子、卵巣組織の採取に要した費用（検査や排卵誘発剤などを含む）	円
胚（受精卵）を凍結保存する場合の受精に要した費用（受精料、培養料など）	円
凍結保存に要した費用（凍結処置料、初回の凍結保存料など（更新料は含まない））	円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
合計	円

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	— —

- ・ 補助の対象となる費用のみを計上してください。
- ・ 補助の対象となる費用は、ガイドラインに基づき行われる妊孕性温存療法に要する費用のうち、精子、卵子、卵巣組織の採取及び凍結並びに胚（受精卵）の凍結に係る医療保険適用外費用とします。
- ・ 補助の対象となる費用は、治療に要する費用（初回の凍結保存に要する費用を含む。）に限るものとし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費等の治療に直接関係のない費用及び凍結保存の維持に係る費用は対象外です。
- ・ 本証明書を発行する医療機関が領収した金額のみを記入してください。一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、その治療費用は当該医療機関からの証明書等を患者本人に提出いただくことにより、別途確認を行いますので本証明書には記載不要です。

様式第3号（用紙日本産業規格A4縦型）

静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業に係る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)

以下のとおり、静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業の実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、妊孕性温存療法実施医療機関の指導に基づく妊孕性温存療法（※1）の一部を実施し、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（自署） \_\_\_\_\_

妊孕性温存療法を受けた者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日・性別	年	月	日生 男・女
妊孕性温存療法を受ける患者の紹介元となる妊孕性温存療法指定医療機関名と当該医師名		医療機関の名称（ ） 妊孕性温存療法主治医の氏名（ ）		
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		
		円		
		円		
		円		
		円		
		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おそ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です。
- ※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です。

静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業に係る証明書  
（原疾患治療実施医療機関）

以下のとおり、原疾患治療により生殖機能が低下する又は失う可能性があるとして診断された患者に対する原疾患治療及び妊孕性温存療法（※1）を実施することについて、説明し同意を受け、原疾患治療を実施した（実施予定である）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 \_\_\_\_\_  
 原疾患主治医氏名（自署） \_\_\_\_\_

妊孕性温存療法を受けた者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日・性別	年	月	日生
治療方法	<b>I 原疾患について</b>			
	原疾患名（※2） ( )	左記の診断日 年 月 日 診断医療機関名 ( )		
治療方法	<b>II 原疾患に対する治療方法の妊孕性温存低下リスクの評価について</b>			
	該当する番号に○を付けてください。 (複数可)			
		1 「小児、思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン」（日本癌治療学会）の妊孕性低下リスク分類に示された治療		
		2 長期間の治療によって卵巣予備能の低下が想定される治療（ホルモン療法等）		
		3 造血幹細胞移植を実施する治療		
		4 アルキル化剤を投与する治療		
事業の対象となる原疾患治療を開始した日又は開始予定日		年 月 日		
妊孕性温存療法実施医療機関名		( )		
妊孕性温存療法研究促進事業 (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（1回目の申請は同一都道府県） 3 2回目の申請（1回目の申請は他の都道府県） →都道府県名 { } 4 上記いずれにも該当せず、原疾患治療の証明のみ		

※1 生殖機能が低下する又は失うおそ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です。

※2 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。

様式4号の2

化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表（女性）

女性 〔治療による早発卵巣不全（POI）リスク〕		POIリスク 「低」	POIリスク 「中」	POIリスク 「高」	
化学療法	Cyclophosphamide equivalent dose (CED)	<input type="checkbox"/> < 4,000 mg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> 4,000~8,000 mg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> > 8,000 mg/m <sup>2</sup>	
		思春期前（月経未発来）の場合には以下の範囲となる。初経後しばらくは明確な線引きが困難			
		<input type="checkbox"/> < 8,000 mg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> 8,000~12,000 mg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> > 12,000 mg/m <sup>2</sup>	
	薬剤別	アルキル化薬	CEDの項で該当か所にチェックすること。		
		白金製剤		<input type="checkbox"/> CDDP < 600 mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> CBDCA	<input type="checkbox"/> CDDP > 600 mg/m <sup>2</sup>
		代謝拮抗薬	<input type="checkbox"/> Ara-C <input type="checkbox"/> MTX <input type="checkbox"/> GEM <input type="checkbox"/> 6-MP		
		ピンカルカロイド	<input type="checkbox"/> VCR		
		モノクローナル抗体	<input type="checkbox"/> Bmab		
	レジメン別	AC/EC±タキサン	<input type="checkbox"/> AC×4サイクル（40歳未満） <input type="checkbox"/> AC/EC×4サイクル+タキサン（35歳未満）	<input type="checkbox"/> AC×4サイクル（40歳以上） <input type="checkbox"/> AC/EC×4サイクル+タキサン（35歳以上） <input type="checkbox"/> (F)EC×4サイクル+ dose dense タキサン	
		CMF, CEF, CAF, TAC	<input type="checkbox"/> CMF <input type="checkbox"/> CEF <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> TAC 6サイクル（30歳未満）	<input type="checkbox"/> CMF <input type="checkbox"/> CEF <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> TAC 6サイクル（30~39歳）	<input type="checkbox"/> CMF <input type="checkbox"/> CEF <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> TAC 6サイクル（40歳以上）
		FOLFOX	<input type="checkbox"/> FOLFOX（40歳未満）	<input type="checkbox"/> FOLFOX（40歳以上）	
		Escalated BEACOPP	<input type="checkbox"/> Escalated BEACOPP 2サイクル	<input type="checkbox"/> Escalated BEACOPP 6-8サイクル（30歳未満）	<input type="checkbox"/> Escalated BEACOPP 6-8サイクル（30歳以上）
		CHOP	<input type="checkbox"/> CHOP 6サイクル（35歳未満）	<input type="checkbox"/> CHOP 6サイクル（35歳以上）	
		Dose-adjusted EPOCH	<input type="checkbox"/> Dose-adjusted EPOCH 6サイクル（35歳未満）	<input type="checkbox"/> Dose-adjusted EPOCH 6サイクル（35歳以上）	
		その他	<input type="checkbox"/> ABVD <input type="checkbox"/> CVP <input type="checkbox"/> BEP <input type="checkbox"/> EP （30歳未満）		
疾患別治療		<input type="checkbox"/> 急性骨髄性白血病治療 <input type="checkbox"/> 急性リンパ性白血病治療		<input type="checkbox"/> 骨肉腫治療 <input type="checkbox"/> ユーイング肉腫治療	
化学療法+放射線治療				<input type="checkbox"/> TMZ+頭蓋照射 <input type="checkbox"/> BCNU+頭蓋照射 <input type="checkbox"/> アルキル化薬+骨盤照射	
造血幹細胞移植			<input type="checkbox"/> CPA, BU, L-PAMを含むレジメン <input type="checkbox"/> 全身照射を含むレジメン		
放射線治療	<input type="checkbox"/> 放射性ヨウ素（I-131）			<input type="checkbox"/> 頭蓋照射 > 40 Gy	
			<input type="checkbox"/> 腹部/骨盤（思春期前） 10- < 15 Gy <input type="checkbox"/> 腹部/骨盤（思春期以降） 5- < 10 Gy	<input type="checkbox"/> 腹部/骨盤（思春期前） ≥ 15 Gy <input type="checkbox"/> 腹部/骨盤（思春期以降） ≥ 10 Gy	
				<input type="checkbox"/> 腹部/骨盤（成人女性） > 6 Gy	

（日本癌治療学会編 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2024年12月改訂 第2版より一部改変）

様式 4 号の 2

化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表（男性）

男性 (治療関連による無精子症になるリスク)		低リスク	中リスク	高リスク	
化学療法	Cyclophosphamide equivalent dose (CED)	<input type="checkbox"/> <4,000 mg/m <sup>2</sup> <4,000 mg/m <sup>2</sup> : 約90%は精液所見正常	— —	<input type="checkbox"/> ≥4,000 mg/m <sup>2</sup> ≥4,000 mg/m <sup>2</sup> : 精子運動性低下 ≥8,000 mg/m <sup>2</sup> : 無精子症が遷延・永続	
	薬剤別	アルキル化薬	CEDの項で該当か所にチェックすること。		
		白金製剤		<input type="checkbox"/> CDDP < 600 mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> CBDCA <input type="checkbox"/> L-OHP	<input type="checkbox"/> CDDP > 600 mg/m <sup>2</sup>
		アントラサイクリン		<input type="checkbox"/> DXR <input type="checkbox"/> IDR <input type="checkbox"/> DNR <input type="checkbox"/> MIT	
		代謝拮抗薬	<input type="checkbox"/> 6-MP <input type="checkbox"/> MTX <input type="checkbox"/> Flu	<input type="checkbox"/> Ara-C <input type="checkbox"/> GEM	
		ビンカアルカロイド	<input type="checkbox"/> VCR <input type="checkbox"/> VBL		
		その他	<input type="checkbox"/> ETP <input type="checkbox"/> BLM <input type="checkbox"/> Act-D <input type="checkbox"/> MMC		
レジメン別	<input type="checkbox"/> ABVD <input type="checkbox"/> CHOP <input type="checkbox"/> COP	<input type="checkbox"/> BEP 2~4サイクル	<input type="checkbox"/> BEACOPP: >6サイクル <input type="checkbox"/> 骨肉腫治療 <input type="checkbox"/> ユーイング肉腫治療		
化学療法 + 放射線治療				<input type="checkbox"/> アルキル化薬 + 骨盤照射 <input type="checkbox"/> アルキル化薬 + 精巣照射 <input type="checkbox"/> TMZ + 頭蓋照射 <input type="checkbox"/> BCNU + 頭蓋照射	
造血幹細胞移植				<input type="checkbox"/> BU+CPA <input type="checkbox"/> Flu+L-PAM <input type="checkbox"/> アルキル化薬 + 全身照射	
放射線治療		<input type="checkbox"/> 放射性ヨウ素 (I-131)			
	全身照射			<input type="checkbox"/> 実施あり	
	頭蓋照射			<input type="checkbox"/> ≥40 Gy	
	骨盤照射			<input type="checkbox"/> 実施あり	
	精巣照射	<input type="checkbox"/> <0.7 Gy	<input type="checkbox"/> 1 ~ 6 Gy	<input type="checkbox"/> 成人男性 >2.5 Gy <input type="checkbox"/> 小児 ≥6 Gy	

(日本癌治療学会編 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2024年12月改訂 第2版より一部改変)

## (参考) 略語表

略語	用語の説明
6-MP	6-mercaptopurine (6-メルカプトプリン)
ABVD	ドキソルビシン, プレオマイシン, ビンブラスチン, ダカルバジン
AC	ドキソルビシン, シクロホスファミド
Act-D	actinomycin D (アクチノマイシンD)
Ara-C	cytosine arabinoside (シタラビン)
BCNU	bis-chloroethylnitrosourea (カルムスチン)
BEACOPP	プレオマイシン, エトボシド, ドキソルビシン, シクロホスファミド, ピンクリスチン, プロカルバジン, プレドニゾロン
BEP	プレオマイシン, エトボシド, シスプラチン
BLM	bleomycin (プレオマイシン)
Bmab	bevacizumab (ベバシズマブ)
BU	busulfan (ブスルファン)
CAF	シクロホスファミド, ドキソルビシン, フルオロウラシル
CBDCA	carboplatin (カルボプラチン)
CDDP	cisplatin (シスプラチン)
CED	cyclophosphamide equivalent dose (シクロホスファミド相当量) ※
CEF	シクロホスファミド, エビルビシン, フルオロウラシル
CHOP	シクロホスファミド, ドキソルビシン, ピンクリスチン, プレドニゾロン
CMF	シクロホスファミド, メトトレキサート, フルオロウラシル
COP	シクロホスファミド, ピンクリスチン, プレドニゾロン
CPA	cyclophosphamide (シクロホスファミド)
CVP	シクロホスファミド, ピンクリスチン, プレドニゾロン
DNR	daunorubicin (ダウノルビシン)
DXR	doxorubicin (ドキソルビシン)
EC	エビルビシン, シクロホスファミド
EP	エトボシド, シスプラチン
EPOCH	エトボシド, プレドニゾロン, ピンクリスチン, シクロホスファミド, ドキソルビシン
ETP	etoposide (エトボシド)
Flu	fludarabine (フルダラ)
FOLFOX	レボホリナート, フルオロウラシル, オキサリプラチン
GEM	gemcitabine (ゲムシタビン)
IDR	idarubicin (イダルビシン)
L-OHP	oxaliplatin (オキサリプラチン)
L-PAM	melphalan (メルファラン)
MIT	mitoxantrone (ミトキサントロン)
MMC	mitomycin C (マイトマイシンC)
MTX	methotrexate (メトトレキサート)
TAC	ドセタキセル, ドキソルビシン, シクロホスファミド
TMZ	temozolomide (テモゾロミド)
VBL	vinblastine (ビンブラスチン)
VCR	vincristine (ピンクリスチン)
急性骨髄性白血病治療	アントラサイクリン, シタラビン
急性リンパ性白血病治療	多剤併用
骨肉腫治療	ドキソルビシン, シスプラチン, メトトレキサート, イホスファミド
ユーイング肉腫治療	ピンクリスチン, ドキソルビシン, アクチノマイシンD, シクロホスファミド, イホスファミド, エトボシド

※CEDとは、シクロホスファミド以外のアルキル化剤について、「この薬剤をシクロホスファミドに置き換えた場合、どの程度の量を投与したことになるか」を示すものであり、以下の式で算出される。

$$CED (mg/m^2) = 1.0 (\text{cumulative cyclophosphamide dose } (mg/m^2)) + 0.244 (\text{cumulative ifosfamide dose } (mg/m^2)) + 0.857 (\text{cumulative procarbazine dose } (mg/m^2)) + 14.286 (\text{cumulative chlorambucil dose } (mg/m^2)) + 15.0 (\text{cumulative BCNU dose } (mg/m^2)) + 16.0 (\text{cumulative CCNU dose } (mg/m^2)) + 40 (\text{cumulative melphalan dose } (mg/m^2)) + 50 (\text{cumulative Thio-TEPA dose } (mg/m^2)) + 100 (\text{cumulative nitrogen mustard dose } (mg/m^2)) + 8.823 (\text{cumulative busulfan dose } (mg/m^2))$$

事実婚関係に関する申立書

静岡県知事 氏 名 様

下記の2人については、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、事実婚又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。

記

① 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

② 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

※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）

---

---

---

---

様式第 6 号（用紙日本産業規格 A 4 縦型）

請 求 書

金 円

年 月 日付け 第 号により補助金の交付の確定を受けた静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業費補助金として、上記のとおり請求します。

年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

住 所

氏 名

(表)

様式第7号 (用紙日本産業規格A4縦型)

静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業費補助金交付申請書  
(温存後生殖補助医療分)

静岡県知事 氏 名 様

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業費補助金を交付されるよう、関係書類を添えて次のおり申請します。

申請者	ふりがな		生年月日	年	月	日生
	氏名		性別	男	・	女
	住所	〒				
	電話番号		患者アプリ番号 (12桁) ※原則必須。登録できない場合、理由を下欄に記載			
	患者アプリを登録できない理由					
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			
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			
過去に妊孕性温存療法研究促進事業 (温存後生殖補助医療分) の助成を受けたことがありますか						
ない ・ ある →自身が過去 ( ) 回受けた →配偶者 (事実婚を含む) が過去 ( ) 回受けた 助成を受けた都道府県名 ( )						
国の「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に同意しますか。			はい ・ いいえ			
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)						
・ 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・生殖医療学会が妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療に係る研究を適切に行えると認める者に対して、当該の情報を提供すること。						
・ 本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。						
年 月 日						
申請者氏名 (自署) _____						
振込先	ふりがな		金融機関名	支店名		
	口座名義					
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号			
			補助決定金額 (※県使用欄)		円	

(裏)

(添付書類 (添付したものに☑) )

- 静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業に係る証明書 (温存後生殖補助医療実施医療機関) (様式第8号)
- (温存後生殖補助医療の一部を連携機関で実施した場合のみ)  
静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業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) (様式第9号)
- 静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業に係る証明書 (原疾患治療実施医療機関) (様式第4号) 及び化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表 (様式第4号の2)
- 両人の戸籍謄本
- (事実婚の場合のみ) 両人の住民票
- (事実婚の場合のみ) 事実婚関係に関する申立書 (様式第10号)
- 申請日において、静岡県に居住していたことを証明する書類 (住民票の写し等 (対象者が未成年である場合は、対象者のものに加え、申請者本人のもので申請者が法定代理人であること (続柄) が分かるもの。))
- 振込口座通帳等の写し (名義人、口座番号、金融機関名、支店名の分かるもの)

### ◎ 注意事項

- ※ 補助金交付の可否は、文書で通知します。
- ※ 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。
- ※ 補助の対象は、温存後生殖補助医療に要した医療保険適用外費用です。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。
- ※ 本事業の助成対象となる費用について、他の制度に基づく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。  
また、自身とパートナー両方が補助対象者の条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。
- ※ 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9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4号、様式第4号の2、様式第8号及び様式第9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。
- ※ 本事業に参加する方の温存後生殖補助医療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。
- ※ 本事業は、温存後生殖補助医療に要する費用を申請に基づき補助するものであり、がん治療及び妊孕性温存療法、妊孕性温存療法後の妊娠等、その医療の内容について県が保証し、又は責任を負うものではありません。
- ※ 静岡県において、様式第1号の添付書類として様式第4号及び様式第4号の2を既に提出している場合、再度の提出は不要です。なお、原疾患治療実施医療機関による記載が困難な場合は、原疾患名、具体的な治療内容 (使用した薬剤等)、治療時期、原疾患治療実施医療機関名が分かる資料を添付してください。

### ◎ 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。

なお、個人情報を加工した匿名加工情報として、県のがん対策の推進に必要な用途 (施策の立案や調査及び分析等) に活用することがあります。

(表)

様式第8号 (用紙日本産業規格A4縦型)

静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業に係る証明書  
(温存後生殖補助医療実施医療機関)

以下のとおり、原疾患治療により生殖機能が低下する又は失う可能性があるとして診断された者に対し温存後生殖補助医療(※1)を実施することについて説明し同意を受け、温存後生殖補助医療を実施し、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 \_\_\_\_\_  
温存後生殖補助医療主治医氏名(自署) \_\_\_\_\_

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	
	氏名		性別	男 ・ 女	
	患者アプリ番号		患者アプリ登録がない場合、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	
	氏名		性別	男 ・ 女	
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の対象医療機関ですか。			はい ・ いいえ		
対象者又は配偶者は、過去に妊孕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 ( )					
治療方法	<b>I 実施した温存後生殖補助医療</b> 以下の該当する番号に○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) (上記開始日と同じ場合も記載してください。) 備考 ( )		
	<b>II Iにおいて、2～4に該当する場合</b> 以下の該当する番号に○を付けてください。 1 以前に凍結した胚を解凍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				
	<b>III 他医療機関依頼、院外処方等がある場合(※3)</b> 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 ( )				
領収金額合計	円(内訳は裏面のとおりに)				
備考					

- ※1 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のことです。
- ※2 妊孕性温存療法を受け、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してください。
- ※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。

(裏)

領収金額 内訳証明書

項目	費用
	円
	円
	円
	円
	円
	円
合計	円

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	— —

- ・ 補助の対象となる費用のみを計上してください。
- ・ 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。
- ・ 本証明書を発行する医療機関が領収した金額のみを記入してください。一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、その治療費用は当該医療機関からの証明書等を患者本人に提出いただくことにより、別途確認を行いますので本証明書には記載不要です。

静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業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）

以下のとおり、静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業の実施要綱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（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元となる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	
			円	
			円	
			円	
			円	
			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 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のことです。
- ※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。

事実婚関係に関する申立書

静岡県知事 氏 名 様

下記の 2 人については、事実婚関係にあります。  
本事業の温存後生殖補助医療の結果、出生した子については認知を行う意向です。

記

- ① 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_
- ② 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

※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)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_