

○湖西市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付要綱

令和2年3月31日

告示第78号

(趣旨)

第1条 この要綱は、将来子どもを産み育てることを望むがん患者等の経済的負担の軽減を図ることを目的として、予算の範囲内において妊孕性温存治療及び温存後生殖補助医療に要する費用を市が補助することについて必要な事項を定め、その交付に関しては、湖西市補助金等交付規則（昭和51年湖西市規則第18号）のほか、この要綱の定めるところによる。

(令4告示66・令7告示91・一部改正)

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 妊孕性温存治療 生殖機能が低下する可能性又は生殖機能を失う可能性のあるがん治療等に関して精子、卵子若しく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**（**受精卵をいう。以下同じ。**）を凍結保存するまでの一連の医療行為をいう。
- (2) 温存後生殖補助医療 妊孕性温存治療で凍結した検体を用いた生殖補助医療又は妊孕性温存治療を受けた者が受ける生殖補助医療をいう。
- (3) ガイドライン **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（一般社団法人日本癌治療学会編）をいう。
- (4) 保険適用外 医療を受けるに当たり、医療保険各法の規定による医療に関する給付を受けることができず、その費用が全額自己負担となる場合をいう。
- (5) 妊孕性温存治療開始日 精子、卵子又は卵巣組織の採取のために治療を開始した日をいう。
- (6) 凍結保存時 精子、卵子、胚又は卵巣組織を凍結保存した日をいう。

(令4告示66・令7告示91・一部改正)

(妊孕性温存治療補助の対象者)

第3条 妊孕性温存治療補助の対象となる者は、次の各号に掲げる要件を全て満たす者とする。

- (1) 申請時において市内に住所を有すること。
- (2) 静岡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、妊孕性温存治療（**妊孕性を低下させるおそれのある原疾患治療の治療前**

に行うものを基本とし、原疾患治療の治療中又は治療後に行う場合は、医学的な必要性があるものに限る。)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ていること(子宮摘出が必要な場合等、本人が妊娠できないことが想定される場合は除く。)。子宮摘出が必要な場合等、本人が妊娠できないことが想定される場合は除く。また、妊孕性を低下させるおそれのある原疾患治療前を基本としているが、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。

(3) 妊孕性温存治療の凍結保存時に43歳未満の者(胚の凍結保存に係る治療の場合は、治療開始時点で法律婚の関係にある夫婦のうち妊孕性温存療養対象者である女性に限り、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(以下「事実婚関係」という。)にある者を含む。)であること。胚(受精卵)の凍結保存に係る治療の場合は、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(以下「事実婚関係」という。)にある者も対象とする。

(4) 補助金の交付を受けようとする(当該補助金の交付を受けようとする者が未成年の場合にあっては、法定代理人)が市税を滞納していないこと。

(5) 次のア及びイに掲げる場合に応じ、当該ア及びイに掲げる要件を満たしていること。

ア 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業による補助を受けている場合 次の(ア)から(ウ)までに掲げる要件を全て満たしていること。

(ア) ガイドラインの妊孕性低下リスク分類に示された治療のうち乳がんにおけるホルモン療法等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の治療又は次のa及びbに掲げる原疾患のいずれかについての治療を受けていること。

a 再生不良性貧血、ファンconi貧血その他の遺伝性骨髄不全症候群、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ウイルス感染症その他の造血幹細胞移植が実施される非がん疾患

b 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、ベーチェット病その他のアルキル化剤が投与される非がん疾患

(イ) 別表第1(1)の項に掲げる医療機関において妊孕性温存治療を受けた者であること。

(ウ) 妊孕性温存治療の研究への臨床情報等の提供をすることについて同意

(補助金の交付を受けようとする者が未成年者である場合は、その親権者又は未成年後見人の同意(補助金の交付を受けようとする者が当該提供に係る説明を受けることができる場合は、当該説明を受けた場合に限る。))をすること。

イ 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業による補助を受けていない場合 次の(ア)及び(イ)に掲げる要件を全て満たしていること。

(ア) ガイドラインに基づき、がん治療等により生殖機能が低下するおそれ又は生殖機能を失うおそれがあると医師に診断された者であること。

(イ) 別表第1(2)の項に掲げる医療機関において妊孕性温存治療を受けた者であること。

(温存後生殖補助医療補助の対象者)

第4条 温存後生殖補助医療補助の対象となるものは、次の各号に掲げる要件を全て満たす者とする。

- (1) 申請時において市内に住所を有する者
- (2) 夫婦のいずれかが妊孕性温存治療を受けた者であって、温存後生殖補助医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判断された者(法律婚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、事実婚関係にある者も対象とする。)
- (3) 温存後生殖補助医療の治療初日における妻の年齢が43歳未満である者
- (4) 静岡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) 別表第1(2)に示す医療機関において温存後生殖補助医療を受けた者
- (6) 市税を滞納していない者(補助金の交付を受けようとする者が未成年の場合にあっては、法定代理人が市税を滞納していない者)

(令7告示91・追加)

(対象経費)

第5条 補助の対象となる経費は、精子、卵子及び卵巣組織の採取及び凍結、胚の凍結並びに温存後生殖補助医療に要する費用のうち、治療に要するもの(初回の保存に要する費用を含む。)であって、保険適用外となるものに限るものとする。

- 2 前項の経費には、入院費、入院時の食事代等治療に直接関係のない費用及び2回目以降の凍結保存の維持に係る経費は含まないものとする。
- 3 第1項の経費には、患者の状態により医師の判断で妊孕性温存治療を中止した場合の中止までに要した費用を含むものとする。ただし、体調不良等により採卵を行わず治療を中止した場合は補助の対象外とする。

- 4 第1項の経費に、湖西市特定不妊治療費補助金交付要綱(令和6年湖西市告示第99号)又は他の地方公共団体が実施する同様の交付の対象となる経費が含まれている場合には、当該経費の部分についてはこの補助金の対象外とする。

(令3告示20・一部改正、令7告示91・旧第4条繰下・一部改正)

(補助金の額及び回数)

第6条 妊孕性温存治療に係る助成金の額は、前条に規定する助成対象費用の額とし、別表第2の左欄に掲げる区分及び同表の中欄に掲げる治療の内容に応じ、それぞれ同表の右欄に定める額を限度とする。

- 2 温存後生殖補助医療に係る助成金の額は、前条に規定する助成対象費用の額とし、別表第3の左欄に掲げる治療の内容に応じ、それぞれ同表の右欄に定める額を限度とする。

- 3 妊孕性温存治療補助の回数は、対象者1人につき通算2回を限度とする。

- 4 温存後生殖補助医療補助の回数は、初めて温存後生殖補助医療の補助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、補助を受けた後、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、これまで受けた補助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、これまで受けた補助回数をリセットすることとする。

(令7告示91・全改・旧第5条繰下)

- 5 第3項及び第4項の回数には、他の地方公共団体が実施する同種の補助の回数を含めるものとする。

(交付の申請)

第7条 第3条に規定する対象者で補助金の交付を受けようとする者(その者が未成年の場合は、その法定代理人。以下この条及び次条において「妊孕性温存治療補助申請者」という。)は、妊孕性温存治療実施後、妊孕性温存治療費補助金交付申請書(妊孕性温存治療分)(様式第1号)に次に掲げる書類を添付して市長に提出しなければならない。

- (1) 関係機関への照会等に係る同意書(様式第2号)
- (2) 妊孕性温存治療実施証明書(様式第3号、様式第4号及び第式第4号の2)(小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業による補助を受けている場合は、当該補助申請に使用する実施証明書の写し)
- (3) 妊孕性温存治療の一部を連携機関で実施した場合は、領収金額内訳証明書(妊孕性温存治療実施医療機関の連携機関)(様式第5号)
- (4) 胚の凍結保存に係る費用の補助を受けようとする場合にあっては、次に掲げる書類

ア 夫婦又は事実婚関係にある二人の戸籍謄本

イ 対象者が事実婚関係の場合は、二人の住民票及び事実婚関係に関する申立書（様式第6号）

(5) 市税の滞納がないことを証する書類（妊孕性温存治療補助申請者が未成年の場合にあっては、法定代理人が市税を滞納していないことを証する書類）

(6) 対象者が未成年である場合は、申請者が対象者の法定代理人であることが分かるもの

(7) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

2 第4条に規定する対象者で補助金の交付を受けようとする者（その者が未成年の場合は、その法定代理人。以下この条及び次条において「温存後生殖補助医療補助申請者」という。）は、温存後生殖補助医療実施後、妊孕性温存治療費補助金交付申請書（温存後生殖補助医療分）（様式第7号）に次に掲げる書類を添付して市長に提出しなければならない。

(1) 関係機関への照会等に係る同意書（様式第2号）

(2) 温存後生殖補助医療実施証明書（様式第8号）

(3) 温存後生殖補助医療の一部を連携機関で実施した場合は、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）

(4) 若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する証明書（原疾患治療治療実施医療機関）（様式第4号）及び化学療法及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）

(5) 夫婦又は事実婚関係にある二人の戸籍謄本

(6) 対象者が事実婚関係の場合は、二人の住民票及び二人の事実婚関係に関する申立書（様式第10号）

(7) 市税の滞納がないことを証する書類（温存後生殖補助医療補助申請者が未成年の場合にあっては、法定代理人が市税を滞納していないことを証する書類）

(8) 対象者が未成年である場合は、申請者が対象者の法定代理人であることが分かるもの

(9) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

3 第1項又は前項に規定する申請の期限は、治療に係る費用の支払日の属する年度内までとする。ただし、妊孕性温存治療実施後、期間を置かずに原疾患治療を開始する必要がある等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。

（令4告示66・一部改正、令7告示91・旧第6条繰下・一部改正）

（交付の決定）

第8条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、適当と認

めたときは、すみやかに補助金の交付決定をするものとする。

- 2 市長は、前項の規定による交付の決定をしたときは、湖西市補助金等交付規則第13条第2項の規定により補助金の額の確定をするとともに、妊孕性温存治療補助申請者及び温存後生殖補助医療補助申請者（以下この条及び次条において「申請者等」という。）に対して妊孕性温存治療費補助金交付決定兼確定通知書（様式第11号）により通知するものとする。
- 3 第1項の審査により補助金の交付をすることが適当と認められないときは、市長は申請者等に対して、妊孕性温存治療費補助金交付不承認通知書（様式第12号）により通知するものとする。

（令4告示66・一部改正、令7告示91・旧第7条繰下・一部改正）

（交付の請求）

第9条 申請者等は、前条第2項の規定による通知を受けたときは、速やかに妊孕性温存治療費補助金請求書（様式第13号）を市長に提出するものとする。

（令7告示91・旧第8条繰下・一部改正）

（返還）

第10条 市長は、虚偽その他不正な手段により補助金の交付を受けた者があるとき又は補助金の交付後に申請者が第3条及び第4条に規定する対象ではないことが判明したときは、その者に対し、既に交付した補助金の全部又は一部の返還を請求するものとする。

（令7告示91・旧第9条繰下）

（補則）

第11条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

（令7告示91・旧第10条繰下）

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則（令和3年2月2日告示第20号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和3年4月1日告示第81号）

- 1 この要綱は、公布の日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の様式用の用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則（令和4年3月30日告示第66号）

- 1 この要綱は、公布の日から施行し、令和3年4月1日から適用する。
- 2 改正後の若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付要綱の規定は、令和3年4月1日以後に実施した妊孕性温存治療について適用する。

附 則（令和7年3月25日告示第91号）

- 1 この要綱は、公布の日から施行する。
- 2 改正後の若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付要綱の規定は、令和6年4月1日以後に実施した妊孕性温存治療及び温存後生殖補助医療について適用する。

別表第1（第3条関係）

（令7告示91・全改）

区分	治療の内容	医療機関
(1) 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業による補助を受けている場合	胚又は未授精卵子を凍結保存する妊孕性温存治療	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実施要領第1(2)又は(3)の規定により指定される医療機関
(2) 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業による補助を受けていない場合	精子を凍結保存する妊孕性温存治療、精巣内精子採取術による精子を凍結保存する妊孕性温存治療	がん治療の担当医師又は妊孕性温存治療の担当医師から紹介を受けた医療機関
	胚、未受精卵子又は卵巣組織を凍結保存する妊孕性温存治療	知事が別に定める医療機関で、かつ、公益社団法人日本産科婦人科学会の「医学的適応による未受精卵子、胚（受精卵）及び卵巣組織の凍結・保存に関する見解（令和4年6月）」に準じて治療を行う医療機関
	温存後生殖補助医療	

別表第2（第6条関係）

（令7告示91・全改）

区分	治療の内容	補助上限金額
(1) 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業による補助を受けている場合	胚凍結保存	50,000円
	未受精卵子凍結保存	200,000円
(2) 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業による補助を受けている場合	精子凍結保存	25,000円
	精巣内精子採取術による精子凍結保存	350,000円

ない場合	胚、未受精卵子又は卵巣組織凍結保存（組織の再移植を含む）	400,000円
------	------------------------------	----------

別表第3（第6条関係）

（令7告示91・追加）

治療の内容		補助上限金額
(1) 凍結保存した精子を用いた温存後生殖補助医療（凍結保存した精子を用いた温存後生殖補助医療又は凍結保存した卵巣組織を再移植した後の温存後生殖補助医療を実施する場合であって、卵胞が発育しない、又は排卵が終了したため治療を中止するとき及び排卵の準備段階、体調不良等のため治療を中止するときは、助成の対象としない。）	以前に凍結保存した胚を解凍した胚移植を実施する場合	100,000円
	人工授精を実施する場合	10,000円
	採卵したが卵子が得られない、又は状態の良い卵子が得られないため中止する場合	100,000円
	上記に規定するものに該当しない場合	300,000円
(2) 凍結保存した卵子を用いた温存後生殖補助医療	以前に凍結保存した胚を解凍した胚移植を実施する場合	100,000円
	上記に規定するものに該当しない場合	250,000円
(3) 凍結保存した卵巣組織を再移植した後の温存後生殖補助医療※1	以前に凍結保存した胚を解凍した胚移植を実施する場合	100,000円
	人工授精を実施する場合	10,000円
	採卵したが卵子が得られない、又は状態の良い卵子が得られないため中止した場合	100,000円
	上記に規定するものに該当しない場合	300,000円
(4) 凍結保存した受精卵又は胚を用いた温存後生殖補助医療	凍結保存した受精卵又は胚を用いた生殖補助医療	100,000円

補助医療		
------	--	--

様式第1号（第7条関係）

妊孕性温存治療費補助金交付申請書（妊孕性温存治療分）

年 月 日

（宛先）湖西市長

申請者	住 所		電話番号	
	ふりがな			
	氏 名		補助象者との続柄	
	生年月日	年 月 日		

注：補助対象者が未成年の場合は、申請者は法定代理人となります。

湖西市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金（妊孕性温存治療分）の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

補助対象者	<input type="checkbox"/> 申請者本人	患者アプリ番号										
		患者アプリを登録できない理由										
	<input type="checkbox"/> その他	住 所		電話番号								
		ふりがな										
氏 名												
	生年月日	年 月 日										
過去に妊孕性温存治療（妊孕性温存治療分）の補助を受けたことがありますか。（該当に <input checked="" type="checkbox"/>)												
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（2回目）→ 1回目が静岡県内→ 市町名（ ） （初回） <input type="checkbox"/> ある（2回目）→ 1回目が静岡県外→ 都道府県（ ）市町村（ ）												
今回の妊孕性温存治療について、他の自治体から同様の助成等を受けていますか。 いいえ ・ はい → 「はい」の場合、本事業の補助を受けることはできません												
申請額	円	区分	<input type="checkbox"/> 胚（受精卵）凍結保存 <input type="checkbox"/> 未受精卵子凍結保存 <input type="checkbox"/> 精子凍結保存 <input type="checkbox"/> 精巣内精子採取術による精子凍結保存 <input type="checkbox"/> 胚（受精卵）、未受精卵子又は卵巣組織凍結保存（組織の再移植を含む）									

【添付書類】

関係機関への照会等に関する同意書（様式第2号）、妊孕性温存治療実施証明書（様式第3号、様式第4号及び様式第4号の2）（小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業による補助を受けている場合は当該補助申請に使用する実施証明書の写し）、妊孕性温存治療の一部を連携機関で実施した場合は、領収金額内訳証明書（妊孕性温存治療実施医療機関の連携機関）（様式第5号）、胚（受精卵）の凍結保存に係る費用の補助を受けようとする場合にあつては夫婦又は事実婚関係にある両人の戸籍謄本（対象者が事実婚関係の場合は、両人の住民票及び事実婚関係に関する
 申立書（様式第6号））、市税の滞納がないことを証する書類（補助申請者が未成年の場合にあつては、法定代理人が市税を滞納していないことを証する書類）

様式第2号（第7条関係）

関係機関への照会等に関する同意書

湖西市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付の申請に当たり、下記の事項に同意します。

記

- 1 湖西市が、私及び補助対象者の住民基本台帳を閲覧及び確認すること。
- 2 湖西市が、妊孕性温存治療又は特定治療支援事業等、同種の事業の補助について担当部署（他の地方公共団体を含む。）への情報照会及び提供を行うこと。
- 3 湖西市が、補助対象者の加入する医療保険の保険者に対し、妊孕性温存治療に係る補助の状況を確認すること。
- 4 湖西市が、補助対象者が治療を受けた医療機関に対し、妊孕性温存治療の内容を確認すること。

年 月 日

（宛先）湖西市長

（申請者）

住 所

氏 名

⑩

（署名又は記名押印）

若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する証明書
（妊孕性温存治療実施医療機関）

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者に対し妊孕性温存治療（※1）を実施することについて説明し同意を受け、妊孕性温存治療を実施し、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

主治医氏名（自署）

妊孕性温存治療を受けた者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日・性別	年	月	日生 男・女
妊孕性温存治療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	I 男性へ妊孕性温存治療を実施した場合（該当に <input checked="" type="checkbox"/>)			
	いずれかの番号に○を付けてください。	妊孕性温存治療開始日 (年 月 日)		
	<input type="checkbox"/> 精子凍結保存	凍結保存日 (年 月 日)		
	<input type="checkbox"/> 精子凍結保存 (精巣内精子採取)	妊孕性温存治療終了日 (年 月 日) (上記実施日と同じ場合も記載してください。)		
		備考 ()		
治療方法	II 女性へ妊孕性温存治療を実施した場合（該当に <input checked="" type="checkbox"/>)			
	いずれかの番号に○を付けてください。	妊孕性温存治療開始日 (年 月 日)		
	<input type="checkbox"/> 胚（受精卵）凍結保存	凍結保存日 (年 月 日)		
	<input type="checkbox"/> 未受精卵子凍結保存	妊孕性温存治療終了日 (年 月 日) (上記実施日と同じ場合も記載してください。)		
	備考 ()			
治療方法	III I、II以外で他医療機関依頼、院外処方等がある場合（※2）			
	他医療機関への依頼	あり	なし	院外処方
	医療機関名 ()	あり	なし	()
依頼内容 ()	上記の医療費について、今回の領収金額に 含む・含まない			
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恐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。一連の治療に直接かかる費用として、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 妊孕性温存治療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治療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、入院費、入院時の食事代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。
- ・ 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、主治医が患者から治療費として支払った領収書の提出を受け、領収金額を記載してください。
- ・ 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4号（第7条関係）

若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する証明書（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治療（※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 男・女
治療方法	I 原疾患について			
	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	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			
	該当する番号に○を付けてください。（複数可） 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」（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 （1の場合は以下も確認すること） <input type="checkbox"/> 具体的な治療内容について、様式第4号の2にチェックを付け、添付済 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
妊孕性温存治療実施医療機関名		（ ）		
妊孕性温存治療支援事業（妊孕性温存治療分）の申請回数（該当に <input checked="" type="checkbox"/>)		<input type="checkbox"/> 1回目の申請 <input type="checkbox"/> 2回目の申請（1回目：静岡県内） →市町村名（ ） <input type="checkbox"/> 2回目の申請（1回目：静岡県外） →都道府県名（ ） <input type="checkbox"/> 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。

様式第4号の2 (その1) (第7条関係)

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 ²	<input type="checkbox"/> 4,000~8,000 mg/m ²	<input type="checkbox"/> >8,000 mg/m ²	
		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 ²	<input type="checkbox"/> 8,000~12,000 mg/m ²	<input type="checkbox"/> >12,000 mg/m ²	
	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 ² <input type="checkbox"/> CBDCA	<input type="checkbox"/> CDDP >600 mg/m ²
		代謝拮抗薬	<input type="checkbox"/> Ara-C <input type="checkbox"/> MTX <input type="checkbox"/> GEM <input type="checkbox"/> 6-MP		
		ビンカルカロイド	<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/EG×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/EG×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)

(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, エトポシド, ドキソルビシン, シクロホスファミド, ビンクリスチン, プロカルバジン, プレドニゾロン
BEP	プレオマイシン, エトポシド, 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, エピルビシン, 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, ビンクリスチン, 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, ビンクリスチン, 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, ビンクリスチン, 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	エピルビシン, シクロホスファミド
EP	エトポシド, シスプラチン
EPOCH	エトポシド, プレドニゾロン, ビンクリスチン, シクロホスファミド, ドキソルビシン
ETP	etoposide (エトポシド)
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	melfhalan (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 (ビンクリスチン)
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	ビンクリスチン, 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, エトポシド
<p>※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。</p> $CED (mg/m^2) = 1.0 (\text{cumulative cyclophosphamide dose } (mg/m^2)) + 0.244 (\text{cumulative ifosfamide dose } (mg/m^2)) + 0.857 (\text{cumulative procarbazine dose } (mg/m^2)) + 14.286 (\text{cumulative chlorambucil dose } (mg/m^2)) + 15.0 (\text{cumulative BCNU dose } (mg/m^2)) + 16.0 (\text{cumulative CCNU dose } (mg/m^2)) + 40 (\text{cumulative melfhalan dose } (mg/m^2)) + 50 (\text{cumulative Thio-TEPA dose } (mg/m^2)) + 100 (\text{cumulative nitrogen mustard dose } (mg/m^2)) + 8.823 (\text{cumulative busulfan dose } (mg/m^2))$	

様式第4号の2 (その2) (第7条関係)

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 ² <4,000 mg/m ² : 約90%は精液所見正常	—	<input type="checkbox"/> ≥4,000 mg/m ² ≥4,000 mg/m ² : 精子運動性低下 ≥8,000 mg/m ² : 無精子症が遅延・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 ² <input type="checkbox"/> CBDCA <input type="checkbox"/> L-OHP	<input type="checkbox"/> CDDP >600 mg/m ²
		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, エトポシド, ドキソルビシン, シクロホスファミド, ビンクリスチン, プロカルバジン, プレドニゾロン
BEP	プレオマイシン, エトポシド, 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, エピルビシン, 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, ビンクリスチン, 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, ビンクリスチン, 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, ビンクリスチン, 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	エピルビシン, シクロホスファミド
EP	エトポシド, シスプラチン
EPOCH	エトポシド, プレドニゾロン, ビンクリスチン, シクロホスファミド, ドキソルビシン
ETP	etoposide (エトポシド)
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	melfhalan (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 (ビンクリスチン)
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	ビンクリスチン, 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, エトポシド
<p>※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。</p> $CED (mg/m^2) = 1.0 (\text{cumulative cyclophosphamide dose } (mg/m^2)) + 0.244 (\text{cumulative ifosfamide dose } (mg/m^2)) + 0.857 (\text{cumulative procarbazine dose } (mg/m^2)) + 14.286 (\text{cumulative chlorambucil dose } (mg/m^2)) + 15.0 (\text{cumulative BCNU dose } (mg/m^2)) + 16.0 (\text{cumulative CCNU dose } (mg/m^2)) + 40 (\text{cumulative melfhalan dose } (mg/m^2)) + 50 (\text{cumulative Thio-TEPA dose } (mg/m^2)) + 100 (\text{cumulative nitrogen mustard dose } (mg/m^2)) + 8.823 (\text{cumulative busulfan dose } (mg/m^2))$	

様式第5号（第7条関係）

若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に係る領収金額内訳証明書
 （妊孕性温存治療実施医療機関の連携機関）

以下のとおり、若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付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
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。

事実婚関係に関する申立書（妊孕性温存治療）

湖西市長

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）

（表）

若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する証明書
（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

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
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
治療方法	I 実施した温存後生殖補助医療			
	以下の該当する番号に○を付けてください。		生殖補助医療開始日 （ 年 月 日）	
	1 凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療		生殖補助医療終了日 （ 年 月 日）	
	2 凍結した未受精卵を用いた生殖補助医療		（上記開始日と同じ場合も記載してください。）	
3 凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療		備考		
4 凍結した精子を用いた生殖補助医療		（ ）		
II Iにおいて、2～4に該当する場合				
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				
III 他医療機関依頼、院外処方等がある場合（※3）				
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	

- ・ 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。

様式第9号（第7条関係）

若年がん患者妊孕性温存治療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、若年がん患者妊孕性温存治療支援事業実施要領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（温存後生殖補助医療）

（宛先）湖西市長

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）

様式第 11 号 (第 8 条関係)

第 号
年 月 日

(申請者)

様

湖西市長



妊孕性温存治療費補助金交付決定 兼 確定通知書

年 月 日付けで申請がありました湖西市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金の交付を決定し、その額を下記のとおり確定しましたので、湖西市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付要綱第 8 条第 2 項の規定により通知します。

記

申請額	金	円
補助額	金	円

様式第 12 号 (第 8 条関係)

第 号
年 月 日

(申請者)

様

湖西市長



妊孕性温存治療費補助金交付不承認通知書

年 月 日付けで申請がありました湖西市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金の交付について、下記の理由により不承認としましたので、湖西市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付要綱第 8 条第 3 項の規定により通知します。

記

不承認とした理由

様式第 13 号（第 9 条関係）

妊^{よう}孕性温存治療費補助金請求書

年 月 日

（宛先）湖西市長

住所
請求者 氏名 ㊤
電話番号

年 月 日付け 第 号により交付の決定及び額の確定を受けた湖西市若年がん患者妊^{よう}孕性温存治療費補助金について、湖西市若年がん患者妊^{よう}孕性温存治療費補助金交付要綱第 9 条の規定により、下記のとおり請求します。

記

金 円

振 込 先 金 融 機 関	金 融 機 関	銀行 金庫 農協	本 店 支 店 出張所
	口 座 種 別	普通 ・ 当座	
	口 座 番 号		
	フ リ ガ ナ		
	口 座 名 義 人		

委任状（請求者と口座名義人が同一の場合は、委任状の記入は不要です。）

湖西市若年がん患者妊^{よう}孕性温存治療費補助金の受領を上記口座名義人に委任します。

年 月 日

（宛先）湖西市長

請求者 氏名 ㊤

