

福岡県医発第 140 号（地）
令和 3 年 4 月 9 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

福岡県「小児・A Y A 世代がん患者妊孕性温存治療費助成事業」の
一部改正について

本県では、将来、子どもを持つことを望むがん患者が、希望を持ってがん治療に取り組むことができるよう支援するため、令和元年 8 月 1 日より、妊孕性温存治療に要する費用を一部助成する標記事業が実施されております。（令和元年 8 月 8 日付け福岡県医発第 1272 号（地）にてご連絡。）

今般、国庫補助制度の創設に伴い、本事業実施要綱の一部を改正する旨、福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課より通知がありました。

改正内容といたしましては、別添別紙のとおりとなりますが、今後、対象医療機関は実施要綱様式第 6 号により、都道府県に対し指定申請を行う必要があります。

指定された対象医療機関につきましては、福岡県ホームページ（URL：<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/gan-ninyousei.html>）に随時掲載される予定とのことです。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただくとともに貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、がん診療連携拠点病院等には、同課より直接通知されております。

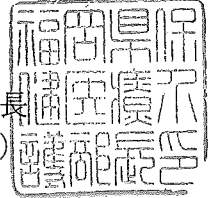
小郡三井医師会より

地域保健担当理事 淡河喜雄
会長 島田昇二郎

2 疾病第 8 4 0 3 号
令和 3 年 3 月 3 1 日

公益社団法人福岡県医師会会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(がん感染症疾病対策課)



福岡県「小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療費助成事業」の
一部改正について（通知）

本県のがん対策の推進につきましては、平素より格段のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

本県では、将来、子どもを持つことを望むがん患者が、希望を持ってがん治療に取り組むことができるよう支援するため、令和元年8月1日より、妊孕性温存治療に要する費用を一部助成する事業を実施しております。

今般、国庫補助制度の創設に伴い、「福岡県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療費助成事業実施要綱」（令和元年7月26日1疾病第1410号通知）の一部を別添のとおり改正しましたので、通知します。

つきましては、内容をご了知の上、貴会会員に対し、ご周知いただきますようお願いいたします。

なお、がん診療連携拠点病院及び小児がん拠点病院には、別途通知しておりますことを申し添えます。

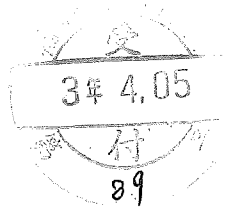
福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課

がん対策係 担当 岩崎、横田

TEL092-643-3317 FAX092-643-3331

e-mail : iwasaki-m7898@pref.fukuoka.lg.jp

yokota-r3378@pref.fukuoka.lg.jp



1 改正内容

		現行	改正後
目的		妊孕性温存治療患者の経済的負担の軽減	妊孕性温存治療患者の経済的負担の軽減及び妊孕性温存治療法の有効性等に係る研究の促進
実施主体		県	県
対象者		43歳未満のがん患者(所得制限:有)	43歳未満のがん患者等(所得制限:無)
補助額		①精子の採取・凍結 2万円 ②精巣内精子の採取・凍結 2万円 ③未授精卵子の採取・凍結 20万円 ④受精卵(胚)の凍結 20万円 ⑤卵巣組織の採取・凍結 20万円	①精子の採取・凍結 2.5万円 ②精巣内精子の採取・凍結 35万円 ③未授精卵子の採取・凍結 20万円 ④受精卵(胚)の凍結 35万円 ⑤卵巣組織の採取・凍結 40万円
回数		1回まで	2回まで(ただし、⑤は組織採取時1回、再移植時1回)
対象医療機関	が治療	※要件なし	※要件なし
	妊孕性温存治療	男性	男性
		・がん治療主治医から紹介を受けた医療機関	【都道府県が指定した医療機関】 ・日本泌尿器科学会の認定を受けている医療機関 ・日本産科婦人科学会の認定を受けている医療機関 ・日本産科婦人科学会の「医学的適応による見解」に登録された医療機関
		女性	女性
		・日本産科婦人科学会の「医学的適応による見解」に登録された医療機関	【都道府県が指定した医療機関】 ・日本産科婦人科学会の認定を受けている医療機関 ・日本産科婦人科学会の「医学的適応による見解」に登録された医療機関
医療連携			都道府県で、がん・生殖医療の連携ネットワーク体制が構築されていること

2 改正期日

令和3年4月1日

福岡県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療費助成事業実施要綱の一部を改正する要綱

福岡県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療費助成事業実施要綱の一部を別添新旧対照表のとおり改正する。

附 則

- 1 この要綱は、令和3年4月1日（以下「施行日」という。）から施行する。
- 2 改正後の要綱の規定は、妊孕性温存治療の終了日が施行日以降のものについて適用し、施行日前に終了した妊孕性温存治療費に対する助成については、なお従前の例による。

福岡県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療費助成事業実施要綱 新旧対照表

改 正 後	現 行
福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業実施要綱 第1条 小児・AYA世代のがん患者等に対して、がん治療に際して行う妊孕性（にんようせい）温存治療に係る費用を助成することにより、患者が将来に希望をもってがん治療に取り組めるよう支援するとともに、妊孕性温存療法の有効性・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などの妊孕性温存療法の研究を促進することを目的とする。 第2条 （略） 第3条 この事業の助成対象者は、次の各号に掲げる要件を全て満たす者とする。 一 福岡県内に住所を有する者 二 以下のいずれかの原疾患の治療を受ける者 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のうち、高・中間・低リスクの治療 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がん疾患：乳がん（ホルモン療法）等 ③ 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（ファンコニ貧血等）、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 ④ 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 三 第5条に定める対象となる治療の凍結保存時における年齢が43歳未満の者 四 第10条の規定により知事が指定した医療機関（以下「指	福岡県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療費助成事業実施要綱 第1条 <u>小児・AYA世代のがん患者に対して、がん治療に際して行う妊孕性（にんようせい）温存治療に係る費用を助成することにより、患者が将来に希望をもってがん治療に取り組めるよう支援することを目的とする。</u> 第2条 （略） 第3条 この事業の助成対象者は、次の各号に掲げる要件を全て満たす者とする。 一 <u>妊孕性温存治療開始日において福岡県内に住所を有する者</u> 二 「小児、思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関するガイドライン（一般社団法人日本癌治療学会編）（以下「ガイドライン」という。）」に基づき、がん治療により妊孕性が低下する又は失う恐れがあると医師に診断された者 三 妊孕性温存治療開始日における年齢が43歳未満の者 四 別表1に規定する所得の要件を満たす者 五 別表2に規定する医療機関において妊孕性温存治療を受けた者 六 申請を行う妊孕性温存治療について、福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業又は市町村の不妊治療費助成事業に基づく助成を受けていない者 2 前項第四号の所得の範囲については、児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第2条の例による。 3 第1項第四号の所得額の計算方法については、児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第3条の例による。

定医療機関」という。)において妊孕性温存治療を受けた者

五 申請を行う妊孕性温存治療について、「不妊に悩む方への特定治療支援事業」に基づく助成を受けていない者

六 指定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、第2項の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。

七 指定医療機関から妊孕性温存療法を受けること及び国の「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）」に基づく研究への臨床情報等の提供をすることについて説明を受け、本事業に参加することについての同意した者

なお、対象者が未成年患者の場合は、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による同意を得た者

第4条 この要綱による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。

2 体調不良などにより医師の判断に基づき前項の妊孕性温存治療を中止した場合も助成の対象とする。

第4条 この要綱による助成の対象となる費用は、ガイドラインにおける推奨グレードA、B及びC1に基づき行われる精子、卵子、卵巢組織の採取・凍結及び胚（受精卵）の凍結に要する自己負担額のうち、医療保険各法による医療に関する給付以外の費用とする。ただし、治療に要する費用（初回の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、証明書などの文書料等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とする。

2 体調不良などにより医師の判断に基づき前項の妊孕性温存治療を中止した場合も助成の対象とする。

第5条 治療毎の1回あたりの助成上限額については、下表のとおりとする。

対象となる治療	1回あたりの助成上限額
胚（受精卵）凍結に係る治療	3.5万円
未受精卵凍結に係る治療	2.0万円
卵巣組織凍結に係る治療	4.0万円
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	3.5万円

- 2 助成回数は、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。

第6条 申請者は、妊孕性温存治療終了後、福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性（にんようせい）温存治療費助成申請書（様式第1号）に以下の書類を添付して行うものとする。

- 一 福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性（にんようせい）温存治療実施証明書（様式第2号及び様式第3号）
 - 二 福岡県内に住所を有していることが確認できるもの（住民票を提出する場合は個人番号の記載のないもので、発行から3ヶ月以内のもの）
 - 三 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義及び口座番号がわかるもの（写し）
- 2 前項の申請は、特段の事由がない限り、助成対象の妊孕性温存治療に係る費用の支払日の属する年度内に行うものとする。ただし、妊孕性温存治療後、期間を置かず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、当該年度内に申請できない場合は翌年度に行うことができる。

第5条 患者1人につき1回を限度として、男性は2万円、女性は20万円を上限とする。

第6条 申請者は、妊孕性温存治療終了後、福岡県小児・AYA世代がん患者妊孕性（にんようせい）温存治療費助成申請書（様式第1号）に以下の書類を添付して行うものとする。

- 一 福岡県小児・AYA世代がん患者妊孕性（にんようせい）温存治療実施証明書（様式第2号及び様式第3号）
 - 二 第3条に定める対象者であることが確認できる次の書類
イ 世帯の住民票（原本）（続柄の記載があり、個人番号の記載のないもので、発行から3ヶ月以内のもの）
ロ 妊孕性温存治療を受けた者、配偶者、保護者全員の市町村県民税所得証明書、課税証明書又は非課税証明書（各控除額が記載されたもの）（原本）
（1月から5月の申請の場合は前々年、6月から12月の申請の場合は前年の所得に係るもの。）
ハ 助成の対象となる妊孕性温存治療費の領収書（原本）
 - 三 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義及び口座番号がわかるもの（写し）
- 2 前項の申請は、特段の事由がない限り、助成対象の妊孕性温存治療が終了した日の属する年度内に行うものとする。ただし、やむを得ず年度内に申請できない場合は翌年度の4月30日まで行うことができる。

第7条 知事は、前条の申請があったときは、その内容について審査の上、助成金額を決定し、福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成金支給決定通知書（様式第4号）を速やかに申請者に送付するとともに、助成金を申請者の指定する口座に振り込むものとする。

2 前項の審査の結果、申請内容が適正と認められないときは、その理由を付した福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成金支給不承認通知書（様式第5号）を速やかに申請者に送付するものとする。

第8条 （略）

第9条 県並びに原疾患治療及び妊孕性温存治療に関わる医療機関は、本事業の実施にあたっては、個人情報の取扱いに充分留意するものとする。

第10条 知事は、「国実施要綱」5（2）」に基づき、医療機関からの申請に対して、本事業の指定医療機関として指定を行うものとする。

2 知事は指定医療機関の指定においては、他の都道府県の医療機関を指定することができる。また他の都道府県知事が指定した医療機関を知事が指定したものとみなす。

3 知事は、指定医療機関より指定の辞退の申し出があったとき、指定医療機関が「国実施要綱7」に定める要件を欠くに至ったとき、又は、指定医療機関として不適当と認めるものであるときは、その指定を取り消すことができる。

第11条 県並びに原疾患治療及び妊孕性温存治療に関わる医療機関は、本事業について広報、周知等に努め、利用機会の拡大に努めるものとする。

第12条 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。

第7条 知事は、前条の申請があったときは、その内容について審査の上、助成金額を決定し、福岡県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療費助成金支給決定通知書（様式第4号）を速やかに申請者に送付するとともに、助成金を申請者の指定する口座に振り込むものとする。

2 前項の審査の結果、申請内容が適正と認められないときは、その理由を付した福岡県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療費助成金支給不承認通知書（様式第5号）を速やかに申請者に送付するものとする。

第8条 （略）

第9条 県並びにがん治療及び妊孕性温存治療に関わる医療機関は、本事業の実施にあたっては、個人情報の取扱いに充分留意するものとする。

[新設]

第10条 県並びにがん治療及び妊孕性温存治療に関わる医療機関は、本事業について広報、周知等に努め、利用機会の拡大に努めるものとする。

第11条 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、令和元年8月1日から施行する。

附 則
この要綱は、令和2年12月25日から施行し、令和2年度の補助金に適用する。なお、令和元年度までの補助金は従前の例による。

[削除]

[削除]

附 則
この要綱は、令和元年8月1日から施行する。

附 則
この要綱は、令和2年12月25日から施行し、令和2年度の補助金に適用する。なお、令和元年度までの補助金は従前の例による。

別表1（第3条第4号関係）

区 分	所得の要件
既婚の場合	妊孕性温存治療を受けた者及びその配偶者の所得額の合計が730万円未満
未婚かつ成年の場合	妊孕性温存治療を受けた者の所得額が730万円未満
未婚かつ未成年の場合	妊孕性温存治療を受けた者の保護者全員の所得額の合計が730万円未満

別表2（第3条第5号関係）

区 分	医療機関
卵子、卵巣組織の採取・凍結及び胚（受精卵）の凍結	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）および卵巣組織の凍結・保存に関する見解」に準じて妊孕性温存治療を行う医療機関
精子の採取・凍結	がん治療主治医から紹介を受けた医療機関

様式第1号

(表)

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性（にんようせい）温存治療費助成申請書

		年 月 日	
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	- -	
妊孕性温存療法を受けた者（申請者と同一であれば記入不要）	ふりがな		
	氏名		
	生年月日・性別	年 月 日生 男・女	
	住所	〒 -	
	電話番号	- -	
妊孕性温存療法研究促進事業の申請回数 (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) 一都道府県名 []	
福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業の対象となる費用について、「不妊に悩む方への特定治療支援事業」に基づく助成を受けていますか		はい いいえ 「はい」の場合、本助成を受けることはできません	
添付書類	(添付したものに☑) ☐ 福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性（にんようせい）温存治療実施証明書（妊孕性温存療法実施医療機関）（様式第2号） ☐ 福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性（にんようせい）温存治療実施証明書（原疾患治療実施医療機関）（様式第3号） ☐ 申請時に福岡県内に住所を有していることが確認できるもの（住民票等）		
振 込 先	フリガナ		
	口座名義	金融機関名	支店名 支店
	口座種別 普通・当座	口座番号	
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、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。(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) ・助成の適正を判断するために必要な場合、治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会を行うこと ・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。			
年 月 日			
申請者氏名（自署）		助成決定金額 ※福岡県使用欄	
		円	

(表)

様式第1号

福岡県小児・AYA世代がん患者妊孕性（にんようせい）温存治療費助成申請書

ふりがな	生 年 月 日		性 別
患者氏名	年 月 日 (歳)		男・女
住所	〒	電話番号	
☐ 患者と申請者が同一（同一の場合、下欄は記載不要）			
ふりがな	保護者等の場合は患者との関係		
申請者氏名 (保護者等)			
住所	〒	電話番号	
過去に福岡県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療費助成事業に基づく助成を受けていません			☐
申請を行う妊孕性温存治療について、福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業又は市町村の不妊治療費助成事業に基づく助成を受けていません			☐
振込先 指定口座 (ご本人または申請者のいずれかの名義)	ふりがな		
	口座名義		
	金融機関名	支店名	
	口座種別	口座番号	
主治医から妊孕性温存治療について十分な説明を受け、理解したので、必要書類を添えて申請します。 また、助成の適正を判断するために必要な場合、治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会を行うことについて同意します。			
年 月 日		申請者氏名: _____	
		申請 額: _____ 円	
助成決定金額 ※この欄は県で記載します		円	

(添付書類)

- 福岡県小児・AYA世代がん患者妊孕性（にんようせい）温存治療実施証明書（様式第2号及び様式第3号）
- 世帯の住民票（原本）（続柄の記載があり、個人番号の記載のないもので、発行から3ヶ月以内のもの、妊孕性温存治療実施日時点の居住が確認できるもの）
- 市町村県民税所得証明書、課税証明書又は非課税証明書（各控除額が記載されたもの）（原本）
 - 患者本人が既婚の場合 本人及び配偶者分
 - 患者本人が未婚かつ成年の場合 本人分
 - 患者本人が未婚かつ未成年の場合 保護者全員分
- 領収書（妊孕性温存治療主治医が属する医療機関以外での治療、院外処方の領収書を含む）（原本）
- 振込口座通帳（名義人、口座番号、支店名に分かる頁）のコピー

(裏)

◎注意事項

- 1 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。
- 2 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。
- 3 助成決定金額は、福岡県から文書で通知します。
- 4 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。
- 5 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、精子は2万5千円、精子（精巣内精子採取）は35万円、胚（受精卵）は35万円、未受精卵子は20万円、卵巣組織は40万円が上限となります。
- 6 助成回数は、合計2回までです。
- 7 本事業の対象となる費用について、「不妊に悩む方への特定治療支援事業」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。
- 8 医療機関によっては、様式第2号及び様式第3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。

申請方法

郵送の場合
宛先：〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号 福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課
持参の場合
受付窓口：福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課（行政棟南棟2階）
受付時間：月曜日から金曜日（祝祭日、12月29日～1月3日を除く。）
午前8時30分から12時、午後1時～5時

問合せ先

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課 電話：092-643-3317

(裏)

◎注意事項

- ※助成決定金額は、福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課から文書で通知します。
- ※書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますので、ご注意ください。
- ※助成金額は、妊孕性温存治療に要した自己負担額（男性は2万円、女性は20万円が上限）です。
- 助成の対象は、妊孕性温存治療に要した費用（初回の保存料を含む。）とし、入院費、入院時の食費等温存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とします。
- ※医療機関によっては、様式第2号及び第3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。（助成対象外）
- ※本事業による助成は、福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業又は市町村の不妊治療費助成事業に基づく助成との併用（治療期間が重なる）はできません。
- ※本事業は、妊孕性温存治療に要した医療費を申請に基づき福岡県が助成するものであり、がん治療及び妊孕性温存治療、またがん治療後の妊娠等、その医療内容について福岡県が保証する、若しく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この助成金の交付事務以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏洩、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。

申請方法

郵送の場合
宛先：〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号 福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課
持参の場合
受付窓口：福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課（行政棟南棟2階）
受付時間：月曜日から金曜日（祝祭日、12月29日～1月3日を除く。）
午前8時30分から12時、午後1時～5時

問合せ先

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課 電話：092-643-3317

様式第2号

(表)

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性（にんようせい）温存治療実施証明書
（妊孕性温存療法実施医療機関）

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業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（※1）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	
	氏名	
	生年月日 ・性別等	年 月 日生 男・女
福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成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（ ）
妊孕性温存療法研究促進事業の申請回数 （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） （1回目の申請は同一都道府県）
治療方法	I	男性へ妊孕性温存療法を実施した場合は、こちらに記入してください。 （いずれかの番号に○を付けてください。）
		1 精子凍結保存 妊孕性温存療法開始日（ 年 月 日） 凍結保存日（ 年 月 日） 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。） 2 精子凍結保存（精巣内精子採取） 実施医療機関（ ）
	II	女性へ妊孕性温存療法を実施した場合はこちらに記入してください。 （いずれかの番号に○を付けてください。）
		1 胚（受精卵）凍結保存 妊孕性温存療法開始日（ 年 月 日） 凍結保存日（ 年 月 日） 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。） 2 未受精卵凍結保存 3 卵巣組織凍結保存 実施医療機関（ ）
		III
	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。

※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、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。

※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。

様式第2号（がん治療実施医療機関において記載）

福岡県小児・AYA世代がん患者妊孕性（にんようせい）温存治療実施証明書

次の者については、「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」に基づき、がん治療により妊孕性が低下する、又は失うおそれがあり、妊孕性温存治療（※）を実施することについて本人に説明し同意を得たことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

がん治療主治医氏名

医療機関記入欄（がん治療主治医がご記入ください）

（ふりがな） 受診者氏名	（ ）	
受診者生年月日・性別	年 月 日 男・女	
今回の原疾患とそれに対する治療方法	I 原疾患	
	原疾患名 （ ）	左記の診断日 年 月 日 診断医療機関名 （ ）
	II 原疾患に対する治療のうち、妊孕性が低下する、又は失うおそれがある治療	
	1. 薬物療法 2. 放射線療法 3. 手術 4. その他 （ ）	左記治療の開始された日、または、開始予定日 年 月 日 実施医療機関名 （ ）
妊孕性温存治療実施（予定）医療機関名 （ ）		

※ がん等の治療により妊孕性が低下するまたは失うおそれのある場合に行われる、精子、卵子、卵巣組織の採取・凍結及び胚（受精卵）の凍結

(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（検査や排卵誘発剤代などを含む）	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	— —

- ・ 助成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。
- ・ 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。
- ・ 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。

[新設]

様式第3号

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性（にんようせい）温存治療実施証明書
（原疾患治療実施医療機関）

事業対象となる生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療を次のとおり実施した（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 _____
原疾患治療主治医氏名 _____

（自署）

妊孕性 温存療 法を受 けた者	ふりがな		
	氏名	-----	
	生年月日 ・性別等	年 月 日生	男 ・ 女
治療方法	原疾患について		
	原疾患名（※）	左記の診断日 年 月 日 診断医療機関名 ()	
	原疾患に対する治療のうち、事業の対象となる治療		
	治療内容に○を付けてください。 （複数可）	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 実施医療機関名 ()	
1 薬物療法 2 放射線療法 3 その他 ()			
妊孕性温存療法実施医療機関名 ()			
福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費 助成事業事業の申請回数 (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) 一都道府県名 { }	

※ 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3号（妊孕性温存治療実施医療機関において記載）

福岡県小児・AYA世代がん患者妊孕性（にんようせい）温存治療実施証明書

次の者については、「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」に基づき、がん治療により妊孕性が低下する、又は失うおそれがあると診断された者に対し、妊孕性温存治療を実施することについて説明し同意の上、次のとおり治療したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

妊孕性温存治療主治医氏名 _____

医療機関記入欄（妊孕性温存治療主治医がご記入ください）

（ふりがな） 受診者氏名	()	
受診者生年月日・性別	年 月 日 男 ・ 女	
	妊孕性温存治療開始日における年齢 歳	
今回の治療方法	Ⅰ 男性が妊孕性温存治療を行った場合	
	1.精子凍結保存	左記の治療期間（初回の凍結保存に要した期間） 年 月 日～ 年 月 日 実施医療機関名 ()
	2.精巣内精子採取凍結保存	
	Ⅱ 女性が妊孕性温存治療を行った場合	
	1.受精卵凍結保存	左記の治療期間（初回の凍結保存に要した期間） 年 月 日～ 年 月 日 実施医療機関名 ()
	2.卵子凍結保存	
	3.卵巣組織凍結保存	
	Ⅲ Ⅰ、Ⅱ以外で他医療機関依頼、院外処方等がある場合	
	他医療機関への依頼	なし・あり 院外処方 なし・あり 医療機関名 () 指示内容
	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	今回の治療に要した助成対象費用合計 領収金額 円	

助成の対象となる費用は、精子、卵子、卵巣組織の採取・凍結及び胚（受精卵）の凍結に要する費用のうち、医療保険各法による医療に関する給付以外の費用です。ただし、治療に要する費用（初回の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、証明書などの文書料等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。

様式第4号

第 号
年 月 日

様

福岡県知事

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成金支給決定通知書

年 月 日付けで申請のあった標記助成金について、下記金額を支給すること
に決定しましたので通知します。

記

金 円

※ 助成金は福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成申請書
に記載された振込先に振り込まれます。

様式第4号

第 号
年 月 日

様

福岡県知事

福岡県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療費助成金支給決定通知書

年 月 日付けで申請のあった標記助成金について、下記金額を支給すること
に決定しましたので通知します。

記

金 円

※ 助成金は福岡県がん患者妊孕性温存治療費助成申請書に記載された振込先
に振り込まれます。

様式第5号

第 号
年 月 日

様

福岡県知事

福岡県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療費助成金支給不承認通知書

年 月 日付けで申請のあった標記助成金について、下記理由により不承認としましたので通知します。

記

不承認とした理由

様式第5号

第 号
年 月 日

様

福岡県知事

福岡県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療費助成金支給不承認通知書

年 月 日付けで申請のあった標記助成金について、下記理由により不承認としましたので通知します。

記

不承認とした理由

様式第6号

年 月 日

指定医療機関指定申請書

福岡県知事

様

開設者の住所（法人の場合は主たる事務所の所在地）

開設者の氏名（法人の場合は法人の名称と代表者の職・氏名）

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業における指定医療機関として指定を受けたいので申請します。

なお、指定の上は、「福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業実施要綱」の定める事項に従います。

記

医 療 機 関	名 称	電話（ ）					
	所在地						
	医療機関コード						
開 設 年 月 日		年 月 日					
開 設 者	住所（※1）						
	氏名（※2）						
1. 学会による認定等							
☐ 妊孕性温存療法実施医療機関（検体保存機関）として、日本産科婦人科学会の認定を受けている。							
☐ 妊孕性温存療法実施医療機関（検体保存機関）として、日本泌尿器科学会の認定を受けている。							
☐ 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・保存に関する登録施設である。（※3）							
2. 実施事項							
☐ 指定医療機関に求められる「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」の7に定める事項を実施できる。							

※1）開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地

※2）開設者が法人の場合は、法人の代表者（社長）の氏名

※3）日本産科婦人科学会は日本泌尿器科学会が医療機関を認定するまでの期間についてのみ指定医療機関の要件を満たす。

[新設]

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業実施要綱

(目的)

第1条 小児・AYA世代のがん患者等に対して、がん治療に際して行う妊孕性（にんようせい）温存治療に係る費用を助成することにより、患者が将来に希望をもってがん治療に取り組めるよう支援するとともに、妊孕性温存療法の有効性・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などの妊孕性温存療法の研究を促進することを目的とする。

(実施方法)

第2条 この事業は、県が第3条の助成対象者に対して、及び第4条に規定する妊孕性温存治療について、第5条により算定される金額を助成することにより実施する。

(助成対象者)

第3条 この事業の助成対象者は、次の各号に掲げる要件を全て満たす者とする。

一 福岡県内に住所を有する者

二 以下のいずれか原疾患の治療を受ける者

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のうち、高・中間・低リスクの治療

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がん疾患：乳がん（ホルモン療法）等

③ 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

④ 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

三 第5条に定める対象となる治療の凍結保存時における年齢が43歳未満の者

四 第10条の規定により知事が指定した医療機関（以下「指定医療機関」という。）において妊孕性温存治療を受けた者

五 申請を行う妊孕性温存治療について、「不妊に悩む方への特定治療支援事業」に基づく助成を受けていない者

六 指定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、第2項の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。

- 七 指定医療機関から妊孕性温存療法を受けること及び国の「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）」に基づく研究への臨床情報等の提供をすることについて説明を受け、本事業に参加することについての同意した者

なお、対象者が未成年患者の場合は、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による同意を得た者

（助成対象となる費用）

第4条 この要綱による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。

- 2 体調不良などにより医師の判断に基づき前項の妊孕性温存治療を中止した場合も助成の対象とする。

（助成対象治療及び助成上限額）

第5条 治療毎の1回あたりの助成上限額については、下表のとおりとする。

対象となる治療	1回あたりの助成上限額
胚（受精卵）凍結に係る治療	35万円
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	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

- 2 助成回数は、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。

（助成の申請）

第6条 申請者は、妊孕性温存治療終了後、福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性（にんようせい）温存治療費助成申請書（様式第1号）に以下の書類を添付して行うものとする。

- 一 福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性（にんようせい）温存治療実施証明書（様式第2号及び様式第3号）
- 二 福岡県内に住所を有していることが確認できるもの（住民票を提出する場合は個人番号の記載のないもので、発行から3ヶ月以内のもの）
- 三 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義及び口座番号がわかるもの（写し）

- 2 前項の申請は、特段の事由がない限り、助成対象の妊孕性温存治療に係る費用の支払日の属する年度内に行うものとする。ただし、妊孕性温存治療後、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、当該年度内に申請できない場合は翌年度に行うことができる。

(助成金の支給)

第7条 知事は、前条の申請があったときは、その内容について審査の上、助成金額を決定し、福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成金支給決定通知書(様式第4号)を速やかに申請者に送付するとともに、助成金を申請者の指定する口座に振り込むものとする。

- 2 前項の審査の結果、申請内容が適正と認められないときは、その理由を付した福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成金支給不承認通知書(様式第5号)を速やかに申請者に送付するものとする。

(助成金の返還)

第8条 知事は、偽りその他不正な行為により助成金の支給を受けた者があるときは、その者から当該助成した額の全部又は一部を返還させることができる。

(個人情報の取扱い等)

第9条 県並びに原疾患治療及び妊孕性温存治療に関わる医療機関は、本事業の実施にあたっては、個人情報の取扱いに充分留意するものとする。

(医療機関等の指定等)

第10条 知事は、「国実施要綱」5(2)に基づき、医療機関からの申請に対して、本事業の指定医療機関として指定を行うものとする。

- 2 知事は指定医療機関の指定においては、他の都道府県の医療機関を指定することができる。また他の都道府県知事が指定した医療機関を知事が指定したものとみなす。
- 3 知事は、指定医療機関より指定の辞退の申し出があったとき、指定医療機関が「国実施要綱7」に定める要件を欠くに至ったとき、又は、指定医療機関として不適当と認めるものであるときは、その指定を取り消すことができる。

(事業の周知)

第11条 県並びに原疾患治療及び妊孕性温存治療に関わる医療機関は、本事業について広報、周知等に努め、利用機会の拡大に努めるものとする。

(その他)

第12条 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、令和元年8月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年12月25日から施行し、令和2年度の補助金に適用する。なお、令和元年度までの補助金は従前の例による。

附 則

- 1 この要綱は、令和3年4月1日（以下「施行日」という。）から施行する。
- 2 改正後の要綱の規定は、妊孕性温存治療の終了日が施行日以降のものについて適用し、施行日前に終了した妊孕性温存治療費に対する助成については、なお従前の例による。

(表)

様式第1号

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性（にんようせい）温存治療費助成申請書

年 月 日

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	- -				
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	- -				
妊孕性温存療法研究促進事業の申請回数 (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 { }			
福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業の対象となる費用について、「不妊に悩む方への特定治療支援事業」に基づく助成を受けていますか			はい . いいえ 「はい」の場合、本助成を受けることはできません			
添付書類	(添付したものに☑) ☐ 福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性（にんようせい）温存治療実施証明書 (妊孕性温存療法実施医療機関) (様式第2号) ☐ 福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性（にんようせい）温存治療実施証明書 (原疾患治療実施医療機関) (様式第3号) ☐ 申請時に福岡県内に住所を有していることが確認できるもの(住民票等)					
振込先	フリガナ		金融機関名		支店名	支店
	口座名義					
	口座種別	普通・当座	口座番号			
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、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。(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) ・助成の適正を判断するために必要な場合、治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会を行うこと ・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。						
年 月 日 申請者氏名 (自署)					助成決定金額 ※福岡県使用欄 円	

(裏)

◎注意事項

- 1 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。
- 2 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。
- 3 助成決定金額は、福岡県から文書で通知します。
- 4 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
- 5 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、精子は2万5千円、精子（精巣内精子採取）は35万円、胚（受精卵）は35万円、未受精卵は20万円、卵巣組織は40万円が上限となります。
- 6 助成回数は、合計2回までです。
- 7 本事業の対象となる費用について、「不妊に悩む方への特定治療支援事業」に基づく助成を
- 8 医療機関によっては、様式第2号及び様式第3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。

申請方法

郵送の場合

宛先：〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号 福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課

持参の場合

受付窓口：福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課（行政棟南棟2階）

受付時間：月曜日から金曜日（祝祭日、12月29日～1月3日を除く。）

午前8時30分から12時、午後1時～5時

問合せ先

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課

電話：092-643-3317

(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（検査や排卵誘発剤代などを含む）	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	— —

- ・ 助成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。
- ・ 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。
- ・ 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。

様式第3号

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性（にんようせい）温存治療実施証明書
（原疾患治療実施医療機関）

事業対象となる生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療を次のとおり実施した
（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

原疾患治療主治医氏名

（自署）

妊孕性 温存療 法を受 けた者	ふりがな		
	氏名		
	生年月日 ・性別等	年 月 日生	男 ・ 女
治療方法	原疾患について		
	原疾患名（※）	左記の診断日	
		年 月 日	
		診断医療機関名 ()	
原疾患に対する治療のうち、事業の対象となる治療			
治療内容に○を付けてください。 （複数可） 1 薬物療法 2 放射線療法 3 その他 ()		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 実施医療機関名 ()	
妊孕性温存療法実施医療機関名 ()			
福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療 費助成事業事業の申請回数 （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 { }	

※ 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

第 号
年 月 日

様

福岡県知事

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成金支給決定通知書

年 月 日付けで申請のあった標記助成金について、下記金額を支給することに決定しましたので通知します。

記

金 円

※ 助成金は福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成申請書に記載された振込先に振り込まれます。

様式第 5 号

第 号
年 月 日

様

福岡県知事

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成金支給不承認通知書

年 月 日付けで申請のあった標記助成金について、下記理由により不承認としましたので通知します。

記

不承認とした理由

年 月 日

指定医療機関指定申請書

福岡県知事

様

開設者の住所（法人の場合は主たる事務所の所在地）

開設者の氏名（法人の場合は法人の名称と代表者の職・氏名）

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業における指定医療機関として指定を受けたいので申請します。

なお、指定の上は、「福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業実施要綱」の定める事項に従います。

記

医療機関	名 称	電話（ ）					
	所在地						
	医療機関コード						
開 設 年 月 日		年 月 日					
開設者	住所（※1）						
	氏名（※2）						
1. 学会による認定等 ☐ 妊孕性温存療法実施医療機関（検体保存機関）として、日本産科婦人科学会の認定を受けている。 ☐ 妊孕性温存療法実施医療機関（検体保存機関）として、日本泌尿器科学会の認定を受けている。 ☐ 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・保存に関する登録施設である。（※3） 2. 実施事項 ☐ 指定医療機関に求められる「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」の7に定める事項を実施できる。							

※1）開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地

※2）開設者が法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名

※3）日本産科婦人科学会又は日本泌尿器科学会が医療機関を認定するまでの期間についてのみ指定医療機関の要件を満たす。