



福岡県医発第 302 号 (地)
令和 4 年 4 月 22 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

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

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、本県では、将来、子供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開始し、令和 3 年 4 月 1 日からは、国庫補助制度の創設に伴い、国庫補助制度の内容に変更して実施しております。

今般、国庫補助制度の改正に伴い、「福岡県小児・A Y A 世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業実施要綱」の一部を別添のとおり改正したとのことで、福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課より周知依頼がありました。改正の内容は、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等に係る費用を助成の対象に加えるもの等となっており、要件等の詳細は別添の実施要綱をご参照ください。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただくとともに、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願いいたします。

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

3 疾病第 1 4 9 9 1 号
令和 4 年 4 月 1 5 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世代がん患者等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日から、妊孕性温存治療に要する費用を一部助成する事業を開始し、令和3年4月1日からは、国庫補助制度の創設に伴い、国庫補助制度の内容に変更して実施しております。

今般、国庫補助制度の改正に伴い、「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」（令和3年3月31日2疾病第8403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、貴会会員のうちがんの診療等に関する医療機関等に対し、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 金山（かなやま）
TEL092-643-3317 FAX092-643-3331
e-mail : kanayama-n9318@pref.fukuoka.lg.jp

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

この要綱は、令和4年4月1日（以下「施行日」という。）から施行する。

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	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）<u>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。）</u>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、<u>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</u>の妊孕性温存療法<u>及び温存後生殖補助医療</u>の研究を促進することを目的とする。	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）<u>温存治療</u>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、<u>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</u>を促進することを目的とする。
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<u>療法</u>、<u>温存後生殖補助医療</u>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。	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<u>治療</u>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。
第3条 <u>妊孕性温存療法</u>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」（<u>一般社団法人</u>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	第3条 <u>この事業</u>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 条第 1 項第 1 号に定める対象となる<u>妊孕性温存療法に係る治療の凍結保存時における年齢が 4 3 歳未満の者</u> 四 第 1 0 条の規定により知事が指定した<u>妊孕性温存療法の医療機関</u>（以下「<u>妊孕性温存療法指定医療機関</u>」という。）において<u>妊孕性温存療法</u>を受けた者 五 申請を行う妊孕性温存治療について、<u>他制度の助成</u>を受けていない者 六 <u>妊孕性温存療法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</u> ただし、<u>子宮摘出が必要な場合等</u>、本人が妊娠できないことが想定される場合を除く。 なお、第 2 号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 <u>妊孕性温存療法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が得られた者</u> 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、親権者又は未成年後見人による同意が得られた者 2 <u>温存後生殖補助医療の助成対象者は、次の各号に掲げる要件を全て満たす者とする。</u> 一 <u>福岡県内に住所を有する者</u> 二 <u>原則として、夫婦のいずれかが、第 3 条第 1 項を満たし、第 5 条第 1 項第 1 号に定める治療を受けた後に、第 5 条第 2</u>	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 4 3 歳未満の者 四 第 1 0 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<u>妊孕性温存治療</u>を受けた者 五 申請を行う妊孕性温存治療について、「<u>不妊に悩む方への特定治療支援事業</u>」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、<u>子宮摘出が必要な場合など</u>、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 [新設]
---	---

項第1号に定める対象となる治療を受けた場合であって、第5条第2項第1号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（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）。

三 治療期間の初日における妻の年齢が原則43歳未満（43歳以上について「国実施要綱」7（2）、7（6）及び7（7）（「国実施要綱」8－1、8－2及び9）に関するものは除く）は対象とするが、「国実施要綱」8－1、8－2及び9は当面对象としない。）である夫婦

四 第10条の規定により知事が指定した温存後生殖補助医療の医療機関（以下「温存後生殖補助医療指定医療機関」という。）において温存後生殖補助医療を受けた者

五 申請を行う温存後生殖補助医療について、他制度の助成を受けていない者

六 温存後生殖補助医療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、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

七 温存後生殖補助医療指定医療機関から、温存後生殖補助医療を受けること及び「国実施要綱」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が得られた者

第4条 本要綱による妊孕性温存療法の助成対象となる費用は、次の各号に掲げるとおりとする。

一 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。

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。

二 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。

2 本要綱による温存後生殖補助医療の助成対象となる費用は、次の各号に掲げるとおりとする。

一 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は対象外とする。また、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、以下に係る生殖補助医療は対象外とする。

① 夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供によるもの

② 借り腹（夫婦の精子と卵子を使用できるが、子宮摘出等により妻が妊娠できない場合に、夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚を、妻以外の第三者の子宮に注入し、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するものをいう。）によるもの

③ 代理母（妻が卵巣と子宮を摘出した場合等、妻の卵子が使用できない、かつ、妻が妊娠できない場合に、夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するものをいう。）によるもの

第5条 妊孕性温存療法の治療毎の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
未受精卵子凍結に係る治療	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

二 助成回数は、対象者一人に対して通算2回までとする。

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。

〔新設〕

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
未受精卵子凍結に係る治療	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。

2 温存後生殖補助医療の治療毎の１回あたりの助成上限額に

<u>対象となる治療</u>	<u>１回あたりの助成上限額</u>
<u>第５条第２項第１号で凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療</u>	<u>１０万円</u>
<u>第５条第２項第１号で凍結した未授精卵子を用いた生殖補助医療</u>	<u>２５万円</u> <u>※１</u>
<u>第５条第２項第１号で凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療</u>	<u>３０万円</u> <u>※１～４</u>
<u>第５条第２項第１号で凍結した精子を用いた生殖補助医療</u>	<u>３０万円</u> <u>※１～４</u>

については、下表のとおりとする。

※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 卵胞が発達しない、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

二 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。

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。

[新設]

第6条 妊孕性温存療法の申請者は、妊孕性温存療法終了後、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. 温存後生殖補助医療の申請者は、温存後生殖補助医療終了後、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4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）温存治療費助成事業に係る温存後生殖補助医療証明書（様式第5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）

四 婚姻関係が確認できるもの

① 法律婚の場合

両人の戸籍謄本

② 事実婚の場合

以下a～cの書類

a 両人の戸籍謄本

b 両人の住民票（同一世帯でない場合は、cでその理由について記載すること。）

c 両人の事実婚関係に関する申立書（様式第6号）

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）

[新設]

3 同条第1項及び第2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療法に係る費用又は温存後生殖補助医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、妊孕性温存療法後、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。

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7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8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療法、温存後生殖補助医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、本事業の妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療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。

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。

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療法、温存後生殖補助医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 (略)

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 (略)

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
(妊孕性温存療法分)

		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（妊孕性温存療法分）の申請回数		1 1回目の申請 2 2回目の申請 3 3回目の申請 （1回目の申請は同一都道府県） （2回目の申請は他の都道府県） （3回目の申請は同一都道府県）	
(いずれかの番号に○を付けてください)			
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、 <u>助成率</u> の助成を受けていますか		はい 〇 いいえ 〇 「はい」の場合、本助成を受けることはできません	
添付書類	☐ (添付したものに印) ☐ 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
	口座名義		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、検体破壊申告があるまでの期間） ・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		助成決定金額 ※福岡県使用欄	
申請者氏名（自署）		円	

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（申請者と同一都道府県にあれば記入不要）	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		1 1回目の申請 2 2回目の申請 3 3回目の申請 （1回目の申請は同一都道府県） （2回目の申請は他の都道府県） （3回目の申請は同一都道府県）	
(いずれかの番号に○を付けてください)			
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、「 <u>助成率</u> 」の助成を受けていますか		はい 〇 いいえ 〇 「はい」の場合、本助成を受けることはできません	
添付書類	☐ (添付したものに印) ☐ 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
	口座名義		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、検体破壊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		助成決定金額 ※福岡県使用欄	
申請者氏名（自署）		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、他制度の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

(表)

◎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

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對し、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

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 設立医療機関ですか。		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 療機関名と当院医療名		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（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 3 回目の申請 （1 回目の申請は他の都道府県） 一部道府県名（ ）
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 凍結保存日（年 月 日） 凍結終了日（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 （閉塞内精子採取） 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 凍結保存日（年 月 日） 凍結終了日（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 （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 実施医療機関（ ）
	III	1、II以外で他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに併記入ください。 （※4） 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（ ） 上記の治療費について、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 生殖細胞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。若しくは精子を採取し、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

(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對し、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

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 設立医療機関ですか。		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 療機関名と当院医療名		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（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 3 回目の申請 （1 回目の申請は他の都道府県） 一部道府県名（ ）
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 凍結保存日（年 月 日） 凍結終了日（年 月 日） 妊孕性温存療法終了日（年 月 日） （上記実施日と同一場合も記載してください。） 2 精子凍結保存 （閉塞内精子採取） 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 凍結保存日（年 月 日） 凍結終了日（年 月 日） 妊孕性温存療法終了日（年 月 日） （上記実施日と同一場合も記載してください。） 2 未受精卵凍結保存 （上記実施日と同一場合も記載してください。） 3 卵巣組織凍結保存 実施医療機関（ ）
	III	1、II以外で他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに併記入ください。 （※4） 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（ ） 上記の治療費について、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 生殖細胞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。若しくは精子を採取し、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。

(原)
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（検査や移植関係料などを含む）	円
胚（受精卵）を凍結保存する場合の受胎に要した費用（受精料、培養料など）	円
凍結保存に要した費用（凍結搬置料、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。

(案)
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（検査や移植関係料などを含む）	円
胚（受精卵）を凍結保存する場合の受胎に要した費用（受精料、培養料など）	円
凍結保存に要した費用（凍結搬置料、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、主治医が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）		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			
1 薬物療法		年 月 日			
2 放射線療法		実施医療機関名			
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 賛助成事業事業（ <u>妊孕性温存療法分</u> ）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			
1 薬物療法		年 月 日			
2 放射線療法		実施医療機関名			
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 賛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。

[新設]

(表)

様式第4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
（温存後生殖補助医療分）

年 月 日

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） ※記載出来ない場合は下欄 に理由を記載してください		
	患者アプリ番号を 記載出来ない理由					
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（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 一過去 （ ） 回受けた				【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温存治 療費助成事業に係る温存後生殖補助医療証明書（様 式第5号） ☐ 夫婦であることを証明できる書類 ☐ 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）		
※助成を受けたことがある場合 助成を受けた都道府県名 （ ）						
振 込 先	フリガナ					
	口座名義					
	金融機関名			支店名		
	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、本助成を棄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）				助成決定金額 ※福岡県使用額		
				円		

[新設]

(裏)

◎注意事項

- 1 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。
- 2 助成決定金額は、福岡県から文書で通知します。
- 3 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核体を用いた生殖補助医療又は凍結した核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。
- 4 助成額は、3に記載の費用であり、凍結胚（受精卵）を用いた場合は10万円、凍結未受精卵を用いた場合は25万円、凍結した卵巣組織再移植後の場合は30万円、凍結精子を用いた場合は30万円が上限となります。ただし、以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合及び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、人工授精を行う場合は1万円が上限となります。また、卵胞が発達しない、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となります。
- 5 本事業の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。
- 6 医療機関によっては、様式第5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

[新設]

様式第5号

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性(にんようせい)
温存治療費助成事業に係る温存後生殖補助医療証明書
(温存後生殖補助医療実施医療機関)

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(※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		
主治医氏名(盖章)		

温存後生殖補助医療を受けた者	ふりがな	生年月日	年	月	日生
	氏名	性別	男・女		
妊孕性温存療法を受けた者(※2)	ふりがな	生年月日	年	月	日生
	氏名	性別	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温存後生殖補助医療指定医療機関ですか。		はい・いいえ			
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()					
治療方法	I	助成対象となる治療は、妊孕性温存療法実施後に実施した次の治療です。 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 凍結した未受精卵子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) ※上記実施日と同じ場合も記載してください。 実施医療機関 ()		
	II	Iにおいて、2～4に該当する場合で次に該当する場合は、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			
	II	I以外で他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに御記入ください。(※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() 上記の治療費について、今回の徴収金額に 含む・含まない			
徴収金額合計		円(内訳は裏面のとおり)			
備考					

- ※1 妊孕性温存療法により凍結した様体を用いた生殖補助医療又は凍結した様体の再移植後に実施した生殖補助医療のこと。
※2 生殖補助医療に用いた凍結様体の提供者又は凍結様体を再移植した方の氏名を記載すること。
※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、主治医が患者から治療費として支払った徴収書の提出を受け、徴収金額を記載してください。

[新設]

(裏)

◎注意事項

- 1 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。
- 2 助成決定金額は、福岡県から文書で通知します。
- 3 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。
- 4 助成額は、3に記載の費用であり、凍結胚（受精卵）を用いた場合は１０万円、凍結未受精卵子を用いた場合は２５万円、凍結した卵巣組織再移植後の場合は３０万円、凍結精子を用いた場合は３０万円が上限となります。ただし、以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合及び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、人工授精を行う場合は１万円が上限となります。また、卵胎が発達しない、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となります。
- 5 本事業の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。
- 6 医療機関によっては、様式第５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

様式第6号

事実婚関係に関する申立書

____年____月____日

下記二名については、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。

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)

福岡県知事 殿

[新設]

様式第7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(にんようせい)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8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(にんようせい)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世代がん患者等妊孕性温存治療費支給不承認通知書

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 11 号

第 11 号

指定医療機関指定申請書

福岡県知事 宛

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（法人の代表者の氏名・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、指定のには、「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」の定める手続に従います。

記

医 療 機 関	全 称	開設者（ ）						
	所在地							
	医療機関コード							
開設年月日		年 月 日						
開 設 者	住所（住所）							
	代表者（代表者）							
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（注1）、卵（受精卵）及び卵巣組織の凍結・保存に際する設備施設である。（※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推進事業実施要綱」の7に定める手続を実施できる。								

（注1） 卵母細胞の凍結、凍結した卵母細胞の保存
（注2） 開腹手術による凍結、凍結した卵母細胞の保存
（注3） 凍結した卵母細胞の凍結、凍結した卵母細胞の保存に際する設備施設に必要とするための期間中のケアが可能な医療機関の設備を有する。

--	--

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療法、温存後生殖補助医療について、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 妊孕性温存療法の助成対象者は、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」（一般社団法人日本癌治療学会）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条第1項第1号に定める対象となる妊孕性温存療法に係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妊孕性温存療法の医療機関（以下「妊孕性温存療法指定医療機関」という。）において妊孕性温存療法を受けた者

五 申請を行う妊孕性温存治療について、他制度の助成を受けていない者

六 妊孕性温存療法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等、本人が妊娠できないことが想定される場合を除く。

なお、第2号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 妊孕性温存療法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が得られた者

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、親権者又は未成年後見人による同意が得られた者

2 温存後生殖補助医療の助成対象者は、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 原則として、夫婦のいずれかが、第3条第1項を満たし、第5条第1項第1号に定める治療を受けた後に、第5条第2項第1号に定める対象となる治療を受けた場合であって、第5条第2項第1号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（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）。

三 治療期間の初日における妻の年齢が原則43歳未満（43歳以上について「国実施要綱」7（2）、7（6）及び7（7）（「国実施要綱」8－1、8－2及び9）に関するものは除く）は対象とするが、「国実施要綱」8－1、8－2及び9は当面対象としない。）である夫婦

四 第10条の規定により知事が指定した温存後生殖補助医療の医療機関（以下「温存後生殖補助医療指定医療機関」という。）において温存後生殖補助医療を受けた者

五 申請を行う温存後生殖補助医療について、他制度の助成を受けていない者

六 温存後生殖補助医療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、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

七 温存後生殖補助医療指定医療機関から、温存後生殖補助医療を受けること及び「国実施要綱」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が得られた者

(助成対象となる費用)

第4条 本要綱による妊孕性温存療法の助成対象となる費用は、次の各号に掲げるとおりとする。

- 一 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。
- 二 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。

2 本要綱による温存後生殖補助医療の助成対象となる費用は、次の各号に掲げるとおりとする。

- 一 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は対象外とする。また、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、以下に係る生殖補助医療は対象外とする。
 - ① 夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供によるもの
 - ② 借り腹（夫婦の精子と卵子を使用できるが、子宮摘出等により妻が妊娠できない場合に、夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚を、妻以外の第三者の子宮に注入し、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するものをいう。）によるもの
 - ③ 代理母（妻が卵巣と子宮を摘出した場合等、妻の卵子が使用できない、かつ、妻が妊娠できない場合に、夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するものをいう。）によるもの

(助成対象治療及び助成上限額)

第5条 妊孕性温存療法の治療毎の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（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

- 二 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。

- 2 温存後生殖補助医療の治療毎の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
第5条第2項第1号で凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療	10万円
第5条第2項第1号で凍結した未授精卵子を用いた生殖補助医療	25万円 ※1
第5条第2項第1号で凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療	30万円 ※1～4
第5条第2項第1号で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 卵胞が発達しない、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

- 二 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。

（助成の申請）

第6条 妊孕性温存療法の申請者は、妊孕性温存療法終了後、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 温存後生殖補助医療の申請者は、温存後生殖補助医療終了後、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4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）温存治療費助成事業に係る温存後生殖補助医療証明書（様式第5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）
 - 四 婚姻関係が確認できるもの
 - ① 法律婚の場合
両人の戸籍謄本
 - ② 事実婚の場合
以下a～cの書類
 - a 両人の戸籍謄本
 - b 両人の住民票（同一世帯でない場合は、cでその理由について記載すること。）
 - c 両人の事実婚関係に関する申立書（様式第6号）
- 3 同条第1項及び第2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療法に係る費用又は温存後生殖補助医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、妊孕性温存療法後、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7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8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療法、温存後生殖補助医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、本事業の妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療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療法、温存後生殖補助医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
（妊孕性温存療法分）

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					患者アプリ番号（12桁） ※記載出来ない場合は下欄に理由を記載してください							
	患者アプリ番号を記載出来ない理由												
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	- -												
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 { }					
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、他制度の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） ・ 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）													
												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、他制度の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

- ※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。

(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。

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（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 { }	

※ 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。

(表)

様式第4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
（温存後生殖補助医療分）

年 月 日

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） ※記載出来ない場合は下欄 に理由を記載してください					
	患者アプリ番号を 記載出来ない理由								
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（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 （ ）				【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温存治療費助成事業に係る温存後生殖補助医療証明書（様式第5号） ☐ 夫婦であることを証明できる書類 ☐ 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					
	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。 ・ 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）									
							助成決定金額 ※福岡県使用欄		
							円		

(裏)

◎注意事項

- 1 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。
- 2 助成決定金額は、福岡県から文書で通知します。
- 3 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。
- 4 助成額は、3に記載の費用であり、
凍結胚（受精卵）を用いた場合は10万円、凍結未受精卵子を用いた場合は25万円、凍結した卵巣組織再移植後の場合は30万円、凍結精子を用いた場合は30万円が上限となります。
ただし、以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合及び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、人工授精を行う場合は1万円が上限となります。
また、卵胞が発達しない、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となります。
- 5 本事業の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。
- 6 医療機関によっては、様式第5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

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性(にんようせい)
 温存治療費助成事業に係る温存後生殖補助医療証明書
 (温存後生殖補助医療実施医療機関)

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(※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
			主治医氏名(自署)

温存後生殖補助医療を受けた者	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏名		性別	男 ・ 女
妊孕性温存療法を受けた者(※2)	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏名		性別	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温存後生殖補助医療指定医療機関ですか。			はい ・ いいえ	
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 ()				
治療方法	I	助成対象となる治療は、妊孕性温存療法実施後に実施した次の治療です。 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 凍結した未受精卵子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) ※上記実施日と同じ場合も記載してください。 実施医療機関 ()	
	II	Iにおいて、2～4に該当する場合で次に該当する場合は、該当する番号に○をつけてください。 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		
	II	I以外で他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに御記入ください。(※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 () 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				

※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。

※2 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すること。

※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、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。

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	— —

- ・ 助成対象となる治療費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。
- ・ 卵胞が発達しない、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の費用は対象外です。
- ・ 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。

様式第 6 号

事実婚関係に関する申立書

____年____月____日

下記二名については、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。

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)

福岡県知事 殿

第 号
年 月 日

様

福岡県知事

福岡県小児・A Y A 世代がん患者等妊孕性（にんようせい）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・A Y A 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。

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（にんようせい）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

福岡県知事 様

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)

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。

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承認（仮承認を含む）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承認（仮承認を含む）を受けている。

☐ 温存後生殖補助医療実施医療機関として、日本産婦人科学会の承認（仮承認を含む）を受けている。

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。

※2) 開設者が法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名