



福岡医発第 1054 号 (地)
令和 5 年 7 月 19 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・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

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、国庫補助事業を活用して妊孕性温存治療に要する費用を一部助成する事業が実施されております。

今般、福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課より、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」を別添の新旧対照表のとおり改正する旨の周知依頼がありました。

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

5 疾病第 3 2 2 7 号
令和 5 年 7 月 6 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、国庫補助事業を活用して妊孕性温存治療に要する費用を一部助成する事業実施しております。

今般、国庫補助事業の実施要綱改正に伴い、「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」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

- 1 この要綱は、令和5年7月4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、妊孕性温存療法における凍結保存日又は温存後生殖補助医療における治療期間の初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及び温存後生殖補助医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世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業実施要綱改正新旧対照表

新	旧
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) ※変更なしのため省略 (実施方法) ※変更なしのため省略 (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。	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) ※変更なしのため省略 (実施方法) ※変更なしのため省略 (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

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改正新旧対照表

新	旧
<u>なお、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。</u> 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	（新設） 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

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改正新旧対照表

新	旧
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」8－2及び9）に関するものは除く）は対象とするが、「国実施要綱」8－2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	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、<u>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。）</u>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」<u>8－1、8－2</u>及び9）に関するものは除く）は対象とするが、「国実施要綱」<u>8－1、8－2</u>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

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改正新旧対照表

新	旧
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	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

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改正新旧対照表

新	旧																								
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 ④ 夫、妻の両者が第3条に定める要件を満たし、ともに第5条第1項第1号に定める対象とな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、夫婦の一方のみに第5条第2項第1号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。 (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、下表のとおりとし、助成回数は、対象者一人に対して通算2回まで（異なる治療を受けた場合を含む。）とする。 <table border="1"> <tr> <th>対象となる治療</th><th>1回あたりの助成上限額</th></tr> <tr> <td>胚（受精卵）凍結に係る治療</td><td>35万円</td></tr> <tr> <td>未受精卵凍結に係る治療</td><td>20万円</td></tr> <tr> <td>卵巣組織凍結に係る治療（組織の再移植を含む）</td><td>40万円</td></tr> <tr> <td>精子凍結に係る治療</td><td>2万5千円</td></tr> <tr> <td>精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療</td><td>35万円</td></tr> </table>	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	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 (新設) (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。 <table border="1"> <tr> <th>対象となる治療</th><th>1回あたりの助成上限額</th></tr> <tr> <td>胚（受精卵）凍結に係る治療</td><td>35万円</td></tr> <tr> <td>未受精卵凍結に係る治療</td><td>20万円</td></tr> <tr> <td>卵巣組織凍結に係る治療（組織の再移植を含む）</td><td>40万円</td></tr> <tr> <td>精子凍結に係る治療</td><td>2万5千円</td></tr> <tr> <td>精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療</td><td>35万円</td></tr> </table> 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。	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
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																								
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																								

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改正新旧対照表

新	旧																				
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。 <table> <tr> <th>対象となる治療</th><th>1回あたりの助成上限額</th></tr> <tr> <td>前項の治療で凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療</td><td>10万円</td></tr> <tr> <td>前項の治療で凍結した未授精卵子を用いた生殖補助医療</td><td>25万円 ※1</td></tr> <tr> <td>前項の治療で凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療</td><td>30万円 ※1～4</td></tr> <tr> <td>前項の治療で凍結した精子を用いた生殖補助医療</td><td>30万円 ※1～4</td></tr> </table> ※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 卵胞が発査しない、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 3 前項の助成回数は、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	対象となる治療	1回あたりの助成上限額	前項の治療で凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療	10万円	前項の治療で凍結した未授精卵子を用いた生殖補助医療	25万円 ※1	前項の治療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	前項の治療で凍結した精子を用いた生殖補助医療	30万円 ※1～4	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。 <table> <tr> <th>対象となる治療</th><th>1回あたりの助成上限額</th></tr> <tr> <td>前項第1号で凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療</td><td>10万円</td></tr> <tr> <td>前項第1号で凍結した未授精卵子を用いた生殖補助医療</td><td>25万円 ※1</td></tr> <tr> <td>前項第1号で凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療</td><td>30万円 ※1～4</td></tr> <tr> <td>前項第1号で凍結した精子を用いた生殖補助医療</td><td>30万円 ※1～4</td></tr> </table> ※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1	対象となる治療	1回あたりの助成上限額	前項第1号で凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療	10万円	前項第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	前項第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	前項第1号で凍結した精子を用いた生殖補助医療	30万円 ※1～4
対象となる治療	1回あたりの助成上限額																				
前項の治療で凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療	10万円																				
前項の治療で凍結した未授精卵子を用いた生殖補助医療	25万円 ※1																				
前項の治療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																				
前項の治療で凍結した精子を用いた生殖補助医療	30万円 ※1～4																				
対象となる治療	1回あたりの助成上限額																				
前項第1号で凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療	10万円																				
前項第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																				
前項第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																				
前項第1号で凍結した精子を用いた生殖補助医療	30万円 ※1～4																				

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改正新旧対照表

新	旧
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1-1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1-2号及び様式第1-4号) ※妊孕性温存療法指定医療機関の指導に基づき連携機関が妊孕性温存療法の一部を実施した場合は、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に係る領収金額内訳証明書(様式第1-3号)を添付する。 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 胚(受精卵)凍結に係る治療の場合は、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	2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) (新設) 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)

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改正新旧対照表

新	旧
すること。) c 両人の事実婚関係に関する申立書 (様式第1-5号) 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2-1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) 温存治療費助成事業に係る温存後生殖補助医療証明書 (様式第2-2号) ※温存後生殖補助医療指定医療機関の指導に基づき連携機関が温存後生殖補助医療の一部を実施した場合は、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に係る領収金額内訳証明書 (様式第2-3号) を添付する。 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2-4号)	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) (新設) 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)

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改正新旧対照表

新	旧
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3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4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。	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。

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改正新旧対照表

新	旧
(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<u>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指定医療機関指定申請書(様式第5-1号)</u>による申請に対して、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い、<u>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指定医療機関指定通知書(様式第5-2号)</u>により当該医療機関へ通知する。 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<u>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指定医療機関辞退届(様式第5-3号)</u>による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、並びに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。<u>取り消した場合は、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事業指定医療機関指定取消通知書(様式第5-4号)</u>により当該医療機関へ通知する。 (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)	(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<u>ものとする</u>。 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)

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改正新旧対照表

新	旧
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。 附 則 1 この要綱は、令和5年7月4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、妊孕性温存療法における凍結保存日又は温存後生殖補助医療における治療期間の初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及び温存後生殖補助医療費に対する助成については、なお従前の例による。	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。 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。 (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改正新旧対照表

新		旧	
様式第1-1号 (表) 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 (妊孕性温存療法分) 福岡県知事 殿 次のとおり申請します。 年 月 日		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 _____ 患者アプリ番号(17桁) ※原則必須。登録出来ない場合、申請書下部に記入 患者アプリを登録出来ない理由 _____		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(17桁) ※原則必須。登録出来ない場合は下に 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)の助成申請回数 (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) 都道府県名 _____		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) 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		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 (添付したものに記) ☐ 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証明書 (妊孕性温存療法実施医療機関) (様式第1-2号) ☐ 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領収金領内訳証明書 (妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関) (様式第1-3号) ☐ 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証明書 (医療費治療実施医療機関) (様式第1-4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) ☐ 未解決であることを証明できる書類(証書記載の場合)		添付書類 (添付したものに記) ☐ 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 (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)温存治療費助成事業 (医療費治療実施医療機関) (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) ☐ 返込先口座の通帳見開き1ページ目の写し	
届込先 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 _____		届込先 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、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・生体医療生体に対して自らの臨床情報及び助産実績等に関する情報を提供すること。また、日本がん・生体医療生体が妊孕性温存療法及び温存後生体補助医療に係る研究を適切に行うと認める旨に対して、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開会及び提供すること。 年 月 日 申請者氏名(白書) _____ 助成決定金額 ※〇〇都道府県使用欄 _____ 内		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、県の「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、生体医療生体を経る。あるいは、生体医療生体があるまでの期間) ・本事業の助成状況について他の都道府県へ開会及び提供すること。 年 月 日 申請者氏名(白書) _____ 助成決定金額 ※福岡県使用欄 _____ 内	

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改正新旧対照表

新	旧
(裏) ③注意事項 - 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。 - 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。 - 助成決定金額は、福岡県から文書で通知します。 - 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。 - 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、顕微鏡は40万円が上限となります。 - 助成回数は、合計2回までです。 - 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。 <u>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1～3号の発行を依頼してください。</u> - 医療機関によっては、様式第1～2号、1～3号及び様式第1～4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。 <u>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（JGFR）」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各都道府県に対して開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きと認める者に対し、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。</u> 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) ③注意事項 - 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。 - 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。 - 助成決定金額は、福岡県から文書で通知します。 - 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。 - 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、顕微鏡は40万円が上限となります。 - 助成回数は、合計2回までです。 - 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。 - 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

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改正新旧対照表

新		旧																																																																																																																																		
様式第1-2号 (表) 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(※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 _____ (白書) <table border="1"> <tr> <td>妊孕性温存療法を受けた者</td> <td>ふりがな _____</td> <td>生年月日 _____</td> <td>年 月 日生</td> </tr> <tr> <td></td> <td>氏名 _____</td> <td>性別 _____</td> <td>男 ・ 女</td> </tr> <tr> <td></td> <td>患者アプリア _____</td> <td>患者アプリアが無い場合、その理由 _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">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妊孕性温存療法指定医療機関ですか。</td> <td colspan="2">はい ・ いいえ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">妊孕性温存療法について紹介を受けた医療主治医が所属する医療機関名と当該医師名 _____</td> <td colspan="2">医療機関の名称 _____ 医療主治医の氏名 _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">妊孕性温存療法研究促進事業(妊孕性温存療法分)の助成申請回数 _____ (いずれかの番号に○を付けてください)</td> <td colspan="2"> 1 1 回目の申請 2 2 回目の申請 3 3 回目の申請は同一都道府県 4 4 回目の申請は他の都道府県 5 5 回目の申請は他の都道府県 </td> </tr> <tr> <td rowspan="3">治療方法</td> <td>I</td> <td colspan="2">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)</td> </tr> <tr> <td>1 精子凍結保存</td> <td colspan="2"> 凍結保存日 _____ (年 月 日) 凍結保存終了日 _____ (年 月 日) (上記凍結日と同じ場合も記載してください) </td> </tr> <tr> <td>2 精子凍結保存(精液内精子採取)</td> <td colspan="2">備考 _____</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td colspan="2">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)</td> </tr> <tr> <td>1 胚(受精卵)凍結保存</td> <td colspan="2"> 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) (上記凍結日と同じ場合も記載してください) </td> </tr> <tr> <td>2 未受精卵精子凍結保存</td> <td colspan="2">備考 _____</td> </tr> <tr> <td>3 卵巣組織凍結保存</td> <td colspan="2">備考 _____</td> </tr> <tr> <td>III</td> <td colspan="2">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。 (※2)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>他医療機関への依頼 あり ・ なし</td> <td>院外処方 あり ・ なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>医療機関名 _____</td> <td>依頼内容 _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">徴収金額合計 _____ 円(内訳は裏面のとおり)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">備考(※3) _____</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		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		患者アプリア _____	患者アプリアが無い場合、その理由 _____		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妊孕性温存療法指定医療機関ですか。		はい ・ いいえ		妊孕性温存療法について紹介を受けた医療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 _____ 医療主治医の氏名 _____		妊孕性温存療法研究促進事業(妊孕性温存療法分)の助成申請回数 _____ (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 3 3 回目の申請は同一都道府県 4 4 回目の申請は他の都道府県 5 5 回目の申請は他の都道府県		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	凍結保存日 _____ (年 月 日) 凍結保存終了日 _____ (年 月 日) (上記凍結日と同じ場合も記載してください)		2 精子凍結保存(精液内精子採取)	備考 _____		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) (上記凍結日と同じ場合も記載してください)		2 未受精卵精子凍結保存	備考 _____		3 卵巣組織凍結保存	備考 _____		III	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。 (※2)			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 _____		徴収金額合計 _____ 円(内訳は裏面のとおり)				備考(※3) _____				様式第2号 (表) 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 _____ (白書) <table border="1"> <tr> <td>妊孕性温存療法を受けた者</td> <td>ふりがな _____</td> <td>生年月日 _____</td> <td>年 月 日生</td> </tr> <tr> <td></td> <td>氏名 _____</td> <td>性別 _____</td> <td>男 ・ 女</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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指定医療機関ですか。</td> <td colspan="2">はい ・ いいえ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">妊孕性温存療法について紹介を受けた医療主治医が所属する医療機関名と当該医師名 _____</td> <td colspan="2">医療機関の名称 _____ 医療主治医の氏名 _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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)</td> <td colspan="2"> 1 1 回目の申請 2 2 回目の申請 3 3 回目の申請は同一都道府県 4 4 回目の申請は他の都道府県 5 5 回目の申請は他の都道府県 </td> </tr> <tr> <td rowspan="3">治療方法</td> <td>I</td> <td colspan="2">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)</td> </tr> <tr> <td>1 精子凍結保存</td> <td colspan="2"> 凍結保存日 _____ (年 月 日) 凍結保存終了日 _____ (年 月 日) (上記凍結日と同じ場合も記載してください) </td> </tr> <tr> <td>2 精子凍結保存(精液内精子採取)</td> <td colspan="2">実施医療機関 _____</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td colspan="2">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)</td> </tr> <tr> <td>1 胚(受精卵)凍結保存</td> <td colspan="2"> 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) (上記凍結日と同じ場合も記載してください) </td> </tr> <tr> <td>2 未受精卵精子凍結保存</td> <td colspan="2">備考 _____</td> </tr> <tr> <td>3 卵巣組織凍結保存</td> <td colspan="2">実施医療機関 _____</td> </tr> <tr> <td>III</td> <td colspan="2">1 且つ以上他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに御記入ください。 (※2)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>他医療機関への依頼 あり ・ なし</td> <td>院外処方 あり ・ なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>医療機関名 _____</td> <td>依頼内容 _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>上記の治療費について、今回の徴収金額に 含む ・ 含まない</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">徴収金額合計 _____ 円(内訳は裏面のとおり)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">備考(※3) _____</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	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	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指定医療機関ですか。		はい ・ いいえ		妊孕性温存療法について紹介を受けた医療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 _____ 医療主治医の氏名 _____		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 3 3 回目の申請は同一都道府県 4 4 回目の申請は他の都道府県 5 5 回目の申請は他の都道府県		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	凍結保存日 _____ (年 月 日) 凍結保存終了日 _____ (年 月 日) (上記凍結日と同じ場合も記載してください)		2 精子凍結保存(精液内精子採取)	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) (上記凍結日と同じ場合も記載してください)		2 未受精卵精子凍結保存	備考 _____		3 卵巣組織凍結保存	実施医療機関 _____		III	1 且つ以上他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに御記入ください。 (※2)			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(※3) _____			
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																																																																																																																																	
	患者アプリア _____	患者アプリアが無い場合、その理由 _____																																																																																																																																		
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妊孕性温存療法指定医療機関ですか。		はい ・ いいえ																																																																																																																																		
妊孕性温存療法について紹介を受けた医療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 _____ 医療主治医の氏名 _____																																																																																																																																		
妊孕性温存療法研究促進事業(妊孕性温存療法分)の助成申請回数 _____ (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 3 3 回目の申請は同一都道府県 4 4 回目の申請は他の都道府県 5 5 回目の申請は他の都道府県																																																																																																																																		
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	凍結保存日 _____ (年 月 日) 凍結保存終了日 _____ (年 月 日) (上記凍結日と同じ場合も記載してください)																																																																																																																																		
	2 精子凍結保存(精液内精子採取)	備考 _____																																																																																																																																		
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) (上記凍結日と同じ場合も記載してください)																																																																																																																																			
2 未受精卵精子凍結保存	備考 _____																																																																																																																																			
3 卵巣組織凍結保存	備考 _____																																																																																																																																			
III	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。 (※2)																																																																																																																																			
	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 _____																																																																																																																																		
徴収金額合計 _____ 円(内訳は裏面のとおり)																																																																																																																																				
備考(※3) _____																																																																																																																																				
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																																																																																																																																	
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指定医療機関ですか。		はい ・ いいえ																																																																																																																																		
妊孕性温存療法について紹介を受けた医療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 _____ 医療主治医の氏名 _____																																																																																																																																		
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 3 3 回目の申請は同一都道府県 4 4 回目の申請は他の都道府県 5 5 回目の申請は他の都道府県																																																																																																																																		
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	凍結保存日 _____ (年 月 日) 凍結保存終了日 _____ (年 月 日) (上記凍結日と同じ場合も記載してください)																																																																																																																																		
	2 精子凍結保存(精液内精子採取)	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) (上記凍結日と同じ場合も記載してください)																																																																																																																																			
2 未受精卵精子凍結保存	備考 _____																																																																																																																																			
3 卵巣組織凍結保存	実施医療機関 _____																																																																																																																																			
III	1 且つ以上他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに御記入ください。 (※2)																																																																																																																																			
	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(※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、その治療費に追加して、一度の治療に凍結保存を依頼して、未受精卵以外の治療の費用申請が対象であった場合、前に記載がなかった内容に追加対象となる可能性がある。

※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。

※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治療費の明細を受け、徴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。

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改正新旧対照表

新	旧																																
(裏) 領収金額 内訳証明書	(裏) 領収金額 内訳証明書																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">項 目</th> <th style="width: 30%;">費 用</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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）</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>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）</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>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））</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>その他（ ）</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>その他（ ）</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>その他（ ）</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">合 計</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> </tbody> </table>	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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">項 目</th> <th style="width: 30%;">費 用</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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）</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>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）</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>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））</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>その他（ ）</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>その他（ ）</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>その他（ ）</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">合 計</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> </tbody> </table>	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
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																																
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																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">治療期間</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">領収金額に関する問合せ先</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">年 月 日～ 年 月 日</td> <td> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">担当課</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>担当者</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td style="text-align: center;">— —</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	治療期間	領収金額に関する問合せ先	年 月 日～ 年 月 日	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">担当課</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>担当者</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td style="text-align: center;">— —</td> </tr> </table>	担当課		担当者		電話番号	— —	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">治療期間</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">領収金額に関する問合せ先</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">年 月 日～ 年 月 日</td> <td> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">担当課</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>担当者</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td style="text-align: center;">— —</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	治療期間	領収金額に関する問合せ先	年 月 日～ 年 月 日	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">担当課</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>担当者</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td style="text-align: center;">— —</td> </tr> </table>	担当課		担当者		電話番号	— —												
治療期間	領収金額に関する問合せ先																																
年 月 日～ 年 月 日	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">担当課</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>担当者</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td style="text-align: center;">— —</td> </tr> </table>	担当課		担当者		電話番号	— —																										
担当課																																	
担当者																																	
電話番号	— —																																
治療期間	領収金額に関する問合せ先																																
年 月 日～ 年 月 日	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">担当課</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>担当者</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td style="text-align: center;">— —</td> </tr> </table>	担当課		担当者		電話番号	— —																										
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。 ・ <u>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。</u>	・ 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。 ・ <u>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。</u>																																

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改正新旧対照表

新	旧																																																													
様式第1-3号 <u>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領収金額内訳証明書</u> (妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関) 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を要件を満たす者に對し、妊孕性温存療法実施医療機関の申請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 _____ 科 _____ 担当医師(氏名) _____ (設置) <table border="1"><tr><td rowspan="2">妊孕性温存療法を受けた者</td><td>氏名</td><td colspan="3">_____</td></tr><tr><td>生年月日 (性別)</td><td>年 月 日</td><td>男 ・ 女</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">妊孕性温存療法を受ける患者の紹介を受けた妊孕性温存療法実施医療機関名と当該医師名</td><td colspan="3">医療機関の名称 / _____ 妊孕性温存療法を治療の氏名 _____</td></tr><tr><td>徴収金額合計 (※2)</td><td colspan="4">円(内訳は以下のとおり)</td></tr><tr><td rowspan="7">徴収金額内訳</td><td>通院</td><td>費 用</td><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>円</td></tr><tr><td>通算</td><td colspan="4">円</td></tr></table> 治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日 <table border="1"><tr><td colspan="2">徴収金額に関する問合せ先</td></tr><tr><td>担当課</td><td>_____</td></tr><tr><td>担当室</td><td>_____</td></tr><tr><td>電話番号</td><td>_____</td></tr></table> ※1 生保機能が低下する又はそう見られる患者の治療に際して、精子・卵子又は両者組織を採取し、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 助産の対象となる費用は、妊孕性温存療法及び初期の凍結保存に要した費用に限るものとし、入院室料(看護ベッド代等)、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期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。	妊孕性温存療法を受けた者	氏名	_____			生年月日 (性別)	年 月 日	男 ・ 女		妊孕性温存療法を受ける患者の紹介を受けた妊孕性温存療法実施医療機関名と当該医師名		医療機関の名称 / _____ 妊孕性温存療法を治療の氏名 _____			徴収金額合計 (※2)	円(内訳は以下のとおり)				徴収金額内訳	通院	費 用		円				円				円				円				円				円				円	通算	円				徴収金額に関する問合せ先		担当課	_____	担当室	_____	電話番号	_____	(新設)
妊孕性温存療法を受けた者		氏名	_____																																																											
	生年月日 (性別)	年 月 日	男 ・ 女																																																											
妊孕性温存療法を受ける患者の紹介を受けた妊孕性温存療法実施医療機関名と当該医師名		医療機関の名称 / _____ 妊孕性温存療法を治療の氏名 _____																																																												
徴収金額合計 (※2)	円(内訳は以下のとおり)																																																													
徴収金額内訳	通院	費 用		円																																																										
				円																																																										
				円																																																										
				円																																																										
				円																																																										
				円																																																										
				円																																																										
通算	円																																																													
徴収金額に関する問合せ先																																																														
担当課	_____																																																													
担当室	_____																																																													
電話番号	_____																																																													

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改正新旧対照表

新		旧																																																																											
様式第1-4号 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)		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)																																																																											
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">妊孕性 温存療 法を受 けた(受 ける)者</td> <td>ふりがな</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>生年月日・性別等</td> <td>年 月 日生</td> <td>男・女</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">治療方法</td> <td>原疾患について</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>原疾患名(※1)</td> <td colspan="2">左記の診断日 年 月 日 診断医療機関名</td> </tr> <tr> <td>原疾患に対する治療のうち、事業の対象となる治療</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>事業の対象となる治療として該当するものに○を付けてください。</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td> ☐ 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)の妊孕性温存リスク分類に示された治療のうち、高・中・低リスクの治療 ☐ 長期間の治療によって卵子形成の低下が想定されるがん疾患・乳がん(ホルモン療法)等 ☐ 造血幹細胞移植が実施されるがん疾患・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)、固着性多発不全症候群、先天性胸腺異常症、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 ☐ アルキル化剤が投与されるがん疾患・全身性エリテマトーデス、ループス腎炎、免疫性肺炎・皮膚病変、ベーチェット病等 ☐ 具体的な治療内容(使用した薬剤・シスプラチン等)※2 </td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">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</td> <td colspan="2">年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">妊孕性温存療法実施医療機関名</td> <td colspan="2">()</td> </tr> <tr> <td colspan="2">妊孕性温存療法研究促進事業(妊孕性温存療法)の助成申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)</td> <td colspan="2"> 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) </td> </tr> </table>		妊孕性 温存療 法を受 けた(受 ける)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(※1)	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			事業の対象となる治療として該当するものに○を付けてください。			☐ 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)の妊孕性温存リスク分類に示された治療のうち、高・中・低リスクの治療 ☐ 長期間の治療によって卵子形成の低下が想定されるがん疾患・乳がん(ホルモン療法)等 ☐ 造血幹細胞移植が実施されるがん疾患・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)、固着性多発不全症候群、先天性胸腺異常症、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 ☐ アルキル化剤が投与されるがん疾患・全身性エリテマトーデス、ループス腎炎、免疫性肺炎・皮膚病変、ベーチェット病等 ☐ 具体的な治療内容(使用した薬剤・シスプラチン等)※2			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)の助成申請回数 (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)		<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">妊孕性 温存療 法を受 けた者</td> <td>ふりがな</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>生年月日・性別等</td> <td>年 月 日生</td> <td>男・女</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">治療方法</td> <td>原疾患について</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>原疾患名(※1)</td> <td colspan="2">左記の診断日 年 月 日 診断医療機関名</td> </tr> <tr> <td>原疾患に対する治療のうち、事業の対象となる治療</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>治療内容に○を付けてください。 (複数可)</td> <td colspan="2">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</td> </tr> <tr> <td> 1 薬物療法 2 放射線療法 3 その他 </td> <td colspan="2">実施医療機関名</td> </tr> <tr> <td colspan="4">妊孕性温存療法実施医療機関名</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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(妊孕性温存療法)の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)</td> <td colspan="2"> 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) </td> </tr> </table>		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(※1)	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		1 薬物療法 2 放射線療法 3 その他	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(妊孕性温存療法)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)	
妊孕性 温存療 法を受 けた(受 ける)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(※1)	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																																																																												
	事業の対象となる治療として該当するものに○を付けてください。																																																																												
	☐ 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)の妊孕性温存リスク分類に示された治療のうち、高・中・低リスクの治療 ☐ 長期間の治療によって卵子形成の低下が想定されるがん疾患・乳がん(ホルモン療法)等 ☐ 造血幹細胞移植が実施されるがん疾患・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)、固着性多発不全症候群、先天性胸腺異常症、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 ☐ アルキル化剤が投与されるがん疾患・全身性エリテマトーデス、ループス腎炎、免疫性肺炎・皮膚病変、ベーチェット病等 ☐ 具体的な治療内容(使用した薬剤・シスプラチン等)※2																																																																												
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)の助成申請回数 (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)																																																																											
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(※1)	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																																																																											
	1 薬物療法 2 放射線療法 3 その他	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(妊孕性温存療法)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)																																																																											
※1 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。 ※2 ○を付けた治療の内容がわかるよう、具体的に記載ください。		※ 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。																																																																											

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改正新旧対照表

新	旧
様式 1 - 5 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。 本事業の妊孕性温存療法により凍結保存した胚は、事実婚また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。 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)

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改正新旧対照表

新				旧					
様式第2-1号 (表) 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 (温存後生殖補助医療分) 福岡県知事 殿 次のとおり申請します。				様式第4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 (温存後生殖補助医療分)					
年 月 日				年 月 日					
申 請 者	ふりがな	生年月日	年 月 日生	申 請 者	ふりがな	生年月日	年 月 日生		
	氏名	性別	男・女		氏名	性別	男・女		
	住所				住所				
	電話番号	患者アプリ番号(12桁) ※記載できない場合は下欄 に理由を記載してください			電話番号	患者アプリ番号(12桁) ※記載できない場合は下欄 に理由を記載してください			
	患者アプリを 登録出来ない理由				患者アプリ番号を 記載出来ない理由				
夫 (申請者と 同じで、夫は 記入不要)	ふりがな	生年月日	年 月 日生	夫 (申請者と 同じで、夫は 記入不要)	ふりがな	生年月日	年 月 日生		
	氏名	年 月 日生	氏名		年 月 日生				
妻 (申請者と 同じで、妻は 記入不要)	ふりがな	生年月日	年 月 日生	妻 (申請者と 同じで、妻は 記入不要)	ふりがな	生年月日	年 月 日生		
	氏名	年 月 日生	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 ー あり ー 自身が過去 ー 助を受けた ー パートナーが過去 ー 助を受けた ※助成を受けたことがある場合 助成を受けた都道府県名				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 ー あり ー 過去 ー 助を受けた ※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2-2号) ☐ 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権利金額内証書 ☐ 温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関(様式第2-3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)				【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(戸籍謄本) ☐ 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) ☐ 振込先口座通帳の見開き1ページ目の写し					
振 込 先	フリガナ			振 込 先	フリガナ				
	口座名義				口座名義				
	金融機関名	支店名			金融機関名	支店名			
	口座種別	普通・当座	口座番号		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、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と認める旨に対して、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)				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				助成決定金額 ※福岡県使用欄 円					

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改正新旧対照表

新	旧
(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。また、自身とパートナー両方が事業参加要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。 6 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3-3号の発行を依頼してください。 7 医療機関によっては、様式第3-2号、3-3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。 8 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（JOFRS）」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各都道府県に対して開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と認める者に対し、上記の診療情報・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。 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 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温存治療費助成事業実施要綱改正新旧対照表

新		旧																																																																																																																	
様式第2-2号 (表) 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 (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(白書) _____		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(白書) _____																																																																																																																	
<table border="1"> <tr> <td>温存後生殖補助医療の 対象者 (※2)</td> <td>ふりがな 氏名</td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日生</td> </tr> <tr> <td></td> <td>患者アブリア異性 無異性</td> <td>患者アブリア異性 無異性</td> <td></td> </tr> <tr> <td>配偶者 (事業費を 含む)</td> <td>ふりがな 氏名</td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日生</td> </tr> <tr> <td colspan="4">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。</td> </tr> <tr> <td colspan="4">はい 〇 いいえ 〇</td> </tr> <tr> <td colspan="4">過去に妊孕性温存療法研究促進事業(生殖補助医療費)の助成を受けたことがありますか</td> </tr> <tr> <td colspan="4">ない 〇 ある 〇 過去 〇 国受けた 〇</td> </tr> <tr> <td colspan="4">(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()</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">治療方法</td> <td>I</td> <td>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。</td> <td>生殖補助医療開始日 (年 月 日)</td> </tr> <tr> <td>1 凍結した胚(受精卵)を用いた生殖補助医療</td> <td>生殖補助医療終了日 (年 月 日)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 凍結した未受精卵を用いた生殖補助医療</td> <td>※上記開始日と同じ場合も記載してください。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>II</td> <td>1 以前に凍結した胚を凍結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 凍結した胚が得られない、又は状態の良い胚が得られないため中止した場合</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>III</td> <td>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 〇 なし 〇 院外処方 あり 〇 なし 〇 医療機関名() 依頼内容()</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>徴収金額合計</td> <td colspan="3">円(内訳は裏面のとおり)</td> </tr> <tr> <td>備考</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>		温存後生殖補助医療の 対象者 (※2)	ふりがな 氏名	生年月日	年 月 日生		患者アブリア異性 無異性	患者アブリア異性 無異性		配偶者 (事業費を 含む)	ふりがな 氏名	生年月日	年 月 日生	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 〇 いいえ 〇				過去に妊孕性温存療法研究促進事業(生殖補助医療費)の助成を受けたことがありますか				ない 〇 ある 〇 過去 〇 国受けた 〇				(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	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。	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。		II	1 以前に凍結した胚を凍結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 凍結した胚が得られない、又は状態の良い胚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はこちらに御記入ください。(※3) 他医療機関への依頼 あり 〇 なし 〇 院外処方 あり 〇 なし 〇 医療機関名() 依頼内容()			徴収金額合計	円(内訳は裏面のとおり)			備考				<table border="1"> <tr> <td>温存後生殖補助医療を受けた者</td> <td>ふりがな 氏名</td> <td>性別</td> <td>男 〇 女 〇</td> </tr> <tr> <td>妊孕性温存療法を受けた者 (※2)</td> <td>ふりがな 氏名</td> <td>性別</td> <td>男 〇 女 〇</td> </tr> <tr> <td colspan="4">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。</td> </tr> <tr> <td colspan="4">はい 〇 いいえ 〇</td> </tr> <tr> <td colspan="4">過去に妊孕性温存療法研究促進事業(生殖補助医療費)の助成を受けたことがありますか</td> </tr> <tr> <td colspan="4">ない 〇 ある 〇 過去 〇 国受けた 〇</td> </tr> <tr> <td colspan="4">(助成を受けたことがある場合) 助成を受けた都道府県名()</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">治療方法</td> <td>I</td> <td>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。</td> <td>生殖補助医療開始日 (年 月 日)</td> </tr> <tr> <td>1 凍結した胚(受精卵)を用いた生殖補助医療</td> <td>生殖補助医療終了日 (年 月 日)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 凍結した未受精卵を用いた生殖補助医療</td> <td>※上記開始日と同じ場合も記載してください。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>II</td> <td>1 以前に凍結した胚を凍結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 凍結した胚が得られない、又は状態の良い胚が得られないため中止した場合</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>III</td> <td>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 〇 なし 〇 院外処方 あり 〇 なし 〇 医療機関名() 依頼内容() 上記の医療費について、今回の徴収金額に 含む 〇 含まない 〇</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>徴収金額合計</td> <td colspan="3">円(内訳は裏面のとおり)</td> </tr> <tr> <td>備考</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>		温存後生殖補助医療を受けた者	ふりがな 氏名	性別	男 〇 女 〇	妊孕性温存療法を受けた者 (※2)	ふりがな 氏名	性別	男 〇 女 〇	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 〇 いいえ 〇				過去に妊孕性温存療法研究促進事業(生殖補助医療費)の助成を受けたことがありますか				ない 〇 ある 〇 過去 〇 国受けた 〇				(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。	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。		II	1 以前に凍結した胚を凍結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 凍結した胚が得られない、又は状態の良い胚が得られないため中止した場合			III	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 〇 なし 〇 院外処方 あり 〇 なし 〇 医療機関名() 依頼内容() 上記の医療費について、今回の徴収金額に 含む 〇 含まない 〇			徴収金額合計	円(内訳は裏面のとおり)			備考			
温存後生殖補助医療の 対象者 (※2)	ふりがな 氏名	生年月日	年 月 日生																																																																																																																
	患者アブリア異性 無異性	患者アブリア異性 無異性																																																																																																																	
配偶者 (事業費を 含む)	ふりがな 氏名	生年月日	年 月 日生																																																																																																																
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 〇 いいえ 〇																																																																																																																			
過去に妊孕性温存療法研究促進事業(生殖補助医療費)の助成を受けたことがありますか																																																																																																																			
ない 〇 ある 〇 過去 〇 国受けた 〇																																																																																																																			
(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	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。	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。																																																																																																																	
II	1 以前に凍結した胚を凍結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 凍結した胚が得られない、又は状態の良い胚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はこちらに御記入ください。(※3) 他医療機関への依頼 あり 〇 なし 〇 院外処方 あり 〇 なし 〇 医療機関名() 依頼内容()																																																																																																																		
徴収金額合計	円(内訳は裏面のとおり)																																																																																																																		
備考																																																																																																																			
温存後生殖補助医療を受けた者	ふりがな 氏名	性別	男 〇 女 〇																																																																																																																
妊孕性温存療法を受けた者 (※2)	ふりがな 氏名	性別	男 〇 女 〇																																																																																																																
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 〇 いいえ 〇																																																																																																																			
過去に妊孕性温存療法研究促進事業(生殖補助医療費)の助成を受けたことがありますか																																																																																																																			
ない 〇 ある 〇 過去 〇 国受けた 〇																																																																																																																			
(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。	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。																																																																																																																	
II	1 以前に凍結した胚を凍結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 凍結した胚が得られない、又は状態の良い胚が得られないため中止した場合																																																																																																																		
III	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 〇 なし 〇 院外処方 あり 〇 なし 〇 医療機関名() 依頼内容() 上記の医療費について、今回の徴収金額に 含む 〇 含まない 〇																																																																																																																		
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胚体を用いた生殖補助医療又は凍結した胚体の再移植後に実施した生殖補助医療のこと。 ※2 妊孕性温存療法を受け、生殖補助医療に用いた凍結胚体の提供者又は凍結胚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、その診療科目に記載してください。一連の治療に専任する費用として、本徴収金額以外の治療の費用が別患者からあった場合、前に記載が認められない限りは助成対象外となる可能性があります。		※1 妊孕性温存療法により凍結した胚体を用いた生殖補助医療又は凍結した胚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胚体の提供者又は凍結胚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。																																																																																																																	

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改正新旧対照表

新	旧																																														
(画) 領収金額 内訳証明書 <table><thead><tr><th>項 目</th><th>費 用</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td>合 計</td><td>円</td></tr></tbody></table> 治療期間 <table><tr><td>年 月 日～ 年 月 日</td></tr></table> 領収金額に関する問合せ先 <table><tr><td>担当課</td><td></td></tr><tr><td>担当者</td><td></td></tr><tr><td>電話番号</td><td>— —</td></tr></table> - 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。 - 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ください。一週の治療の一部を連続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計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。	項 目	費 用		円		円		円		円		円		円	合 計	円	年 月 日～ 年 月 日	担当課		担当者		電話番号	— —	領収金額 内訳証明書 <table><thead><tr><th>項 目</th><th>費 用</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td>合 計</td><td>円</td></tr></tbody></table> 治療期間 <table><tr><td>年 月 日～ 年 月 日</td></tr></table> 領収金額に関する問合せ先 <table><tr><td>担当課</td><td></td></tr><tr><td>担当者</td><td></td></tr><tr><td>電話番号</td><td>— —</td></tr></table> - 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。	項 目	費 用		円		円		円		円		円		円	合 計	円	年 月 日～ 年 月 日	担当課		担当者		電話番号	— —
項 目	費 用																																														
	円																																														
	円																																														
	円																																														
	円																																														
	円																																														
	円																																														
合 計	円																																														
年 月 日～ 年 月 日																																															
担当課																																															
担当者																																															
電話番号	— —																																														
項 目	費 用																																														
	円																																														
	円																																														
	円																																														
	円																																														
	円																																														
	円																																														
合 計	円																																														
年 月 日～ 年 月 日																																															
担当課																																															
担当者																																															
電話番号	— —																																														

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改正新旧対照表

新	旧																																																													
様式第2-3号 <u>福岡県小児・AYA世代のがん患者等妊孕性温存治療費助成事業に係る領収金額内訳証明書</u> (温存後生体補助医療実施医療機関の提出書類) 福岡県小児・AYA世代の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、温存後生体補助医療実施医療機関の申請に基づく温存後生体補助医療(※1)の一般を実施し、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) _____ (患者) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">温存後生体補助医療の対象の患者</td> <td style="width: 10%;">ふりがな _____</td> <td style="width: 10%;">氏名 _____</td> <td style="width: 10%;">生年月日 _____</td> <td style="width: 10%;">性別 _____</td> <td style="width: 10%;">年 月 日 生</td> </tr> <tr> <td>治療費(事業費を含む)</td> <td>ふりがな _____</td> <td>氏名 _____</td> <td>生年月日 _____</td> <td>性別 _____</td> <td>年 月 日 生</td> </tr> </table> 温存後生体補助医療を受ける患者の紹介を受けた温存後生体補助医療指定医療機関名と当該医療科名 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">領収金額合計 ※2</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">円(内訳は以下のとおり)</td> </tr> <tr> <td rowspan="6" style="text-align: center; vertical-align: middle;">領収金額内訳</td> <td style="text-align: center;">項目</td> <td style="text-align: center;">費 用</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">円</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">円</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">円</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">円</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">円</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">過剰</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table> 治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日 領収金額に関する欄は先 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">担当医</td> <td></td> </tr> <tr> <td>担当医</td> <td></td> </tr> <tr> <td>家族負担</td> <td style="text-align: center;">— —</td> </tr> </table>	温存後生体補助医療の対象の患者	ふりがな _____	氏名 _____	生年月日 _____	性別 _____	年 月 日 生	治療費(事業費を含む)	ふりがな _____	氏名 _____	生年月日 _____	性別 _____	年 月 日 生	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			過剰						担当医		担当医		家族負担	— —	(新設)
温存後生体補助医療の対象の患者	ふりがな _____	氏名 _____	生年月日 _____	性別 _____	年 月 日 生																																																									
治療費(事業費を含む)	ふりがな _____	氏名 _____	生年月日 _____	性別 _____	年 月 日 生																																																									
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																																																											
過剰																																																														
担当医																																																														
担当医																																																														
家族負担	— —																																																													
※1 妊孕性温存療法により凍結した胚体を用いた生体補助医療又は凍結した胚体の再移植後に凍結した生体補助医療のこと。 ※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胚体を用いた生体補助医療又は凍結した胚体の再移植後に凍結した生体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、入院費(看護ベッド代等)、食事費、文書料等の治療に直接関係のない費用は対象外です。																																																														

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改正新旧対照表

新	旧
様式2-4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	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

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改正新旧対照表

新	旧
様式第3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。

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改正新旧対照表

新	旧
<u>様式第4号</u> 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	<u>様式第8号</u> 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改正新旧対照表

新		旧																																																															
様式第5-1号 年 月 日 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指定医療機関指定申請書 福岡県知事 殿 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 <table border="1"> <tr> <td>申請対象</td> <td> ☐ 妊孕性温存療法実施医療機関 ☐ 温存後生殖補助医療実施医療機関 </td> </tr> <tr> <td>医療機関</td> <td> <table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>開設年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>開設者</td> <td> <table border="1"> <tr> <td>住所（※1）</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名（※2）</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="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、日本産科婦人科学会の承認（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。 </td> </tr> </table> ※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の氏名		申請対象	☐ 妊孕性温存療法実施医療機関 ☐ 温存後生殖補助医療実施医療機関	医療機関	<table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	名称						所在地						医療機関コード						開設年月日	年 月 日	開設者	<table border="1"> <tr> <td>住所（※1）</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名（※2）</td> <td></td> </tr> </table>	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、日本産科婦人科学会の承認（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。		様式第9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 <table border="1"> <tr> <td>医療機関</td> <td> <table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>開設年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>開設者</td> <td> <table border="1"> <tr> <td>住所（※1）</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名（※2）</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="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、日本産科婦人科学会の承認（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。 </td> </tr> </table> ※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の氏名		医療機関	<table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	名称						所在地						医療機関コード						開設年月日	年 月 日	開設者	<table border="1"> <tr> <td>住所（※1）</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名（※2）</td> <td></td> </tr> </table>	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、日本産科婦人科学会の承認（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。	
申請対象	☐ 妊孕性温存療法実施医療機関 ☐ 温存後生殖補助医療実施医療機関																																																																
医療機関	<table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	名称						所在地						医療機関コード																																																			
名称																																																																	
所在地																																																																	
医療機関コード																																																																	
開設年月日	年 月 日																																																																
開設者	<table border="1"> <tr> <td>住所（※1）</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名（※2）</td> <td></td> </tr> </table>	住所（※1）		氏名（※2）																																																													
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、日本産科婦人科学会の承認（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。																																																																	
医療機関	<table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	名称						所在地						医療機関コード																																																			
名称																																																																	
所在地																																																																	
医療機関コード																																																																	
開設年月日	年 月 日																																																																
開設者	<table border="1"> <tr> <td>住所（※1）</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名（※2）</td> <td></td> </tr> </table>	住所（※1）		氏名（※2）																																																													
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、日本産科婦人科学会の承認（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。																																																																	

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改正新旧対照表

新	旧
様式第5-2号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 令和 年 月 日 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 院長 〇〇 〇〇 殿 福岡県知事 〇〇 〇〇 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 指定医療機関指定通知書 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10条 第1項の規定により、下記のとおり指定医療機関に指定します。 記 1 医療機関の名称及び所在地 (1) 名称 医療法人 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 (2) 所在地 〒〇〇〇〇-〇〇〇〇〇 福岡県〇〇市〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 2 指定年月日 令和〇年〇月〇日 3 指定の内容 ・妊孕性温存療法に関する県指定施設 ・温存後生殖補助医療に関する県指定施設	(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改正新旧対照表

新	旧
様式第 5 - 3 号 令和 年 月 日 福岡県知事 殿 医療法人 ○○クリニック 院長 ○○ ○○ 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 指定医療機関辞退届 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 10 条 第 3 項の規定により、下記のとおり指定医療機関の辞退を申し出ます。 記 1 医療機関の名称及び所在地 (1) 名称 医療法人 ○○○○クリニック (2) 所在地 〒○○○-○○○○ 福岡県○○市○○○○○○○○○○ 2 辞退の内容 ・妊孕性温存療法に関する県指定施設 ・温存後生殖補助医療に関する県指定指定施設 3 辞退理由 例、○○の指定要件を欠いたことにより、継続できなくなったため	(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改正新旧対照表

新	旧
様式第5-4号 〇 医 病 第 〇 〇 〇 号 令和 年 月 日 〇〇〇〇〇クリニック 院長 〇〇 〇〇 殿 福岡県知事 〇〇 〇〇 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 指定医療機関指定取消通知書 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10条 第3項の規定により、下記のとおり指定医療機関の指定を取り消します。 記 1 医療機関の名称及び所在地 (1) 名称 医療法人 〇〇〇〇〇クリニック (2) 所在地 〒〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 福岡県〇〇市〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 2 取消年月日 令和〇年〇月〇日 3 取消の内容 ・妊孕性温存療法に関する県指定施設 ・温存後生殖補助医療に関する県指定施設	(新設)

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改正新旧対照表

新	旧
---	---

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。

なお、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。

- 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」8－2及び9）に関するものは除く）は対象とするが、「国実施要綱」8－2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

(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

④ 夫、妻の両者が第3条に定める要件を満たし、ともに第5条第1項第1号に定める対象とな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、夫婦の一方のみに第5条第2項第1号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。

(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、下表のとおりとし、助成回数は、対象者一人に対して通算2回まで（異なる治療を受けた場合を含む。）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
卵巢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

- 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
前項の治療で凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療	10万円
前項の治療で凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療	25万円 ※1
前項の治療で凍結した卵巢組織再移植後の生殖補助医療	30万円 ※1～4
前項の治療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

- 3 前項の助成回数は、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1－1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1－2号及び様式第1－4号）

※妊孕性温存療法指定医療機関の指導に基づき連携機関が妊孕性温存療法の一部を実施した場合は、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に係る領収金額内訳証明書（様式第1－3号）を添付する。

- 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 胚（受精卵）凍結に係る治療の場合は、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1－5号）

- 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2－1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）温存治療費助成事業に係る温存後生殖補助医療証明書（様式第2－2号）

※温存後生殖補助医療指定医療機関の指導に基づき連携機関が温存後生殖補助医療の一部を実施した場合は、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に係る領収金額内訳証明書（様式第2－3号）を添付する。

- 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2－4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3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4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指定医療機関指定申請書（様式第5－1号）による申請に対して、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指定医療機関指定通知書（様式第5－2号）により当該医療機関へ通知する。

- 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指定医療機関辞退届（様式第5－3号）による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、並びに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。取り消した場合は、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指定医療機関指定取消通知書（様式第5－4号）により当該医療機関へ通知する。

(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 1 2 月 2 5 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。

附 則

- 1 この要綱は、令和 5 年 7 月 4 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、妊孕性温存療法における凍結保存日又は温存後生殖補助医療における治療期間の初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及び温存後生殖補助医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世代がん患者等妊孕性温存治療費助成申請書
(妊孕性温存療法分)

福岡県知事 殿

次のとおり申請します。

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) ※原則必須。登録出来ない場合、理由を下欄に記載					
	患者アプリを登録出来ない理由								
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	〒 -							
妊孕性温存療法研究促進事業(妊孕性温存療法分)の助成申請回数 (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世代がん患者妊孕性温存治療費助成事業に係る証明書 (妊孕性温存療法実施医療機関) (様式第1-2号) ☐ 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1-3号) ☐ 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係る証明書 (原疾患治療実施医療機関) (様式第1-4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) ☐ 夫婦であることを証明できる書類(胚凍結の場合)								
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、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) _____									
						助成決定金額 ※〇〇都道府県使用欄 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 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1－3号の発行を依頼してください。
- 9 医療機関によっては、様式第1－2号、1－3号及び様式第1－4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。
- 10 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各都道府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。

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：福岡県庁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温存治療費助成事業に係る証明書
(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（※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			生年月日	年 月 日生	
	氏名			性別	男 ・ 女	
	患者アプリ 番号		患者アプリ登録が無い 場合、その理由			
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妊孕性温存療法指定医療機関ですか。				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（妊孕性温存療法分） の助成申請回数 (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 []		
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)	備考 ()			
		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。)			
	II	2 未受精卵子凍結保存	備考 ()			
		3 卵巣組織凍結保存	備考 ()			
		III	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。 (※2) 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、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、卵巢組織の採取に要した費用（検査や排卵誘発剤代を含む）	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、卵巢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。
- ・ 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。

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)

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、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 ・性別等	年 月 日生 男 ・ 女	
妊孕性温存療法を受ける患者の紹介を受けた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 () 原疾患主治医の氏名 ()	
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	
		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 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。

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(受 ける)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(※1)		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				
	事業の対象となる治療として該当するものに○を付けてください。				
	☐ 「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 ☐ 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 ☐ 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、先天性代謝異常症、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 ☐ 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				
	具体的な治療内容 (使用した薬剤・レジメン等)※2 ()				
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)の助成申請回数 (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 []		

※1 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。

※2 ○を付けた治療の内容がわかるよう、具体的に記載ください。

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。

本事業の妊孕性温存療法により凍結保存した胚は、事実婚また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。

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

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
(温存後生殖補助医療分)

福岡県知事 殿

次のとおり申請します。

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) ※原則必須。登録出来ない場合、理由を下欄に記載		
	患者アプリを 登録出来ない理由					
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 →自身が過去()回受けた →パートナーが過去()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2-2号) ☐ 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2-3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、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)				助成決定金額 ※福岡県使用欄 円		

◎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。また、自身とパートナー両方が事業参加要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。
- 6 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2-3号の発行を依頼してください。
- 7 医療機関によっては、様式第2-2号、2-3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。
- 8 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各都道府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。

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		患者アプリ登録が無い場合、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
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	
対象者は、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 () 妊孕性温存療法実施医療機関名 ()					
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) ※上記開始日と同じ場合も記載してください。 備考 ()
	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冻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	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 ()			
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。
- ※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、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	— —

- ・ 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。
- ・ 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。

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)

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、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)

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	
温存後生殖補助医療を受ける患者の紹介を受けた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 () 原疾患主治医の氏名 ()	
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	
		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。

※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。

様式 2 - 4 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・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（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

年 月 日

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指定医療機関指定申請書

福岡県知事 殿

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

申請対象 (該当するものにチェック)		☐ 妊孕性温存療法実施医療機関 ☐ 温存後生殖補助医療実施医療機関					
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、日本産科婦人科学会の承認（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。							

※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

様式第5－2号

〇疾病第〇〇〇号

令和 年 月 日

〇〇〇〇クリニック

院長 〇〇 〇〇 殿

福岡県知事 〇〇 〇〇

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
指定医療機関指定通知書

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10条
第1項の規定により、下記のとおり指定医療機関に指定します。

記

1 医療機関の名称及び所在地

(1) 名称

医療法人 〇〇〇〇クリニック

(2) 所在地

〒〇〇〇 - 〇〇〇〇

福岡県〇〇市〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

2 指定年月日

令和〇年〇月〇日

3 指定の内容

- ・妊孕性温存療法に関する県指定施設
- ・温存後生殖補助医療に関する県指定施設

様式第5－3号

令和 年 月 日

福岡県知事 殿

医療法人 ○○クリニック
院長 ○○ ○○

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
指定医療機関辞退届

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10条
第3項の規定により、下記のとおり指定医療機関の辞退を申し出ます。

記

1 医療機関の名称及び所在地

(1) 名称

医療法人 ○○○○クリニック

(2) 所在地

〒○○○ - ○○○○

福岡県○○市○○○○○○○○○○

2 辞退の内容

- ・妊孕性温存療法に関する県指定施設
- ・温存後生殖補助医療に関する県指定施設

3 辞退理由

例、○○の指定要件を欠いたことにより、継続できなくなったため

様式第5－4号

〇疾病第〇〇〇号

令和 年 月 日

〇〇〇〇クリニック

院長 〇〇 〇〇 殿

福岡県知事 〇〇 〇〇

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
指定医療機関指定取消通知書

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10条
第3項の規定により、下記のとおり指定医療機関の指定を取り消します。

記

1 医療機関の名称及び所在地

(1) 名称

医療法人 〇〇〇〇クリニック

(2) 所在地

〒〇〇〇 - 〇〇〇〇

福岡県〇〇市〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

2 取消年月日

令和〇年〇月〇日

3 取消の内容

- ・妊孕性温存療法に関する県指定施設
- ・温存後生殖補助医療に関する県指定施設