

愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業実施要綱 新旧対照表

新	旧
<p style="text-align: center;">愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業実施要綱</p> <p>(妊よう性温存療法の助成対象者)</p> <p>第4 本事業の妊よう性温存療法の対象者については、次の各号に掲げる条件を全て満たす者とする。</p> <p>(1) ～ (3) (略)</p> <p>(4) 説明及び同意</p> <p>妊よう性温存療法指定医療機関は、対象者に対し、妊よう性温存療法を受けること及び国実施要綱で示された研究のため臨床情報等を提供することについて説明を行った上で、本事業に参加することについての同意が得られた者を対象とする。</p> <p>なお、対象者が未成年患者の場合は、<u>原則として、妊よう性温存療法を行う担当医師の所属する医療機関における未成年患者本人の同意取得の方針に従い、未成年患者本人(※)及び親権者又は未成年後見人等による同意が得られた者を対象とする。</u></p> <p><u>※年齢等の理由で同意能力がないために医療機関での妊よう性温存療法実施の際に未成年患者本人の同意を取得することができない場合は、本事業に参加することに対する本人同意の取得も不要とする。</u></p> <p>(指定医療機関及び原疾患治療施設)</p> <p>第9 指定医療機関及び原疾患治療施設は次の各号の手続きを行う。</p> <p>(1) 指定医療機関の指定</p> <p>第8(1)の指定医療機関の指定を受けようとする開設者は愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業指定医療機関指定申請書(様式第2号)及び日本産科婦人科学会又は日本泌尿器科学会から<u>受けた仮承認の通知文書等の写し</u>を知事に提出する。</p> <p><u>また、第8(1)の指定医療機関の指定を受けた医療機関が日本産科婦人科学会又は日本泌尿器科学会からの本承認の結果を受けたときは、速やかに本承認の通知文書等の写しを知事に提出する。</u></p> <p>(2) ～ (6) (略)</p> <p>(7) 同意の取得</p> <p>指定医療機関は、対象者に対して、以下のとおり同意を得ることとする。</p> <p>① (略)</p> <p>② 対象者が未成年患者の場合は、<u>原則として、妊よう性温存療法を行う担当医師の所属する医療機関における未成年患者本人の同意取得の方針に従い、未成年患者本人(※)及び親権者又は未成年後見人等による同意を得る(第4の対象者に限る)。</u></p> <p><u>※年齢等の理由で同意能力がないために医療機関での妊孕性温存療法実施の際に未成年患者本人の同意を取得することができない場合は、本事業に参加することに対する本人同意の取得も不要とする。</u></p> <p>③ (略)</p> <p>第10～第19 (略)</p>	<p style="text-align: center;">愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業実施要綱</p> <p>((妊よう性温存療法の助成対象者))</p> <p>第4 本事業の妊よう性温存療法の対象者については、次の各号に掲げる条件を全て満たす者とする。</p> <p>(1) ～ (3) (略)</p> <p>(4) 説明及び同意</p> <p>妊よう性温存療法指定医療機関は、対象者に対し、妊よう性温存療法を受けること及び国実施要綱で示された研究のため臨床情報等を提供することについて説明を行った上で、本事業に参加することについての同意が得られた者を対象とする。</p> <p>なお、対象者が未成年患者の場合は、<u>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を対象とする。</u></p> <p>(指定医療機関及び原疾患治療施設)</p> <p>第9 指定医療機関及び原疾患治療施設は次の各号の手続きを行う。</p> <p>(1) 指定医療機関の指定</p> <p>第8(1)の指定医療機関の指定を受けようとする開設者は愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業指定医療機関指定申請書(様式第2号)及び日本産科婦人科学会又は日本泌尿器科学会から<u>承認(仮承認を含む)を受けたことが証明できる書類</u>を知事に提出する。</p> <p>(2) ～ (6) (略)</p> <p>(7) 同意の取得</p> <p>指定医療機関は、対象者に対して、以下のとおり同意を得ることとする。</p> <p>① (略)</p> <p>② 対象者が未成年患者の場合は、<u>できる限り本人に対しても説明を行った上で、親権者又は未成年後見人による同意を得る(第4の対象者に限る)。</u></p> <p>③ (略)</p> <p>第10～第19 (略)</p>

新	旧
<p>附則 この要綱は、令和3年4月12日から施行し、令和3年4月1日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、令和4年4月1日から施行する。</p> <p>附則 この要綱は、令和5年4月1日から施行する。</p> <p>附則 この要綱は、令和6年4月1日から施行する。</p> <p>附則 この要綱は、令和7年4月1日から施行する。</p> <p><u>附則</u> <u>この要綱は、令和8年4月24日から施行し、令和8年4月1日から適用する。</u></p> <p>別紙（略）</p>	<p>附則 この要綱は、令和3年4月12日から施行し、令和3年4月1日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、令和4年4月1日から施行する。</p> <p>附則 この要綱は、令和5年4月1日から施行する。</p> <p>附則 この要綱は、令和6年4月1日から施行する。</p> <p>附則 この要綱は、令和7年4月1日から施行する。</p> <p>別紙（略）</p>

様式第1-1号(表)

様式第1-1号(表)

**愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業申請書**  
(小児・AYA世代のがん患者等の妊<sup>よう</sup>性温存療法研究促進事業参加申請書)  
(妊よう性温存療法分)

愛知県知事 様

次のとおり妊よう性温存治療費の助成を申請します。

年 月 日

申 請 者	ふりがな	-----			妊よう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) <small>※原則必須。記載出来ない場合は、下欄に理由を記載してください。</small>			
	患者アプリを登録出来ない理由					
妊よう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	- -				
愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業(妊孕性温存療法研究促進事業)妊よう性温存療法分の申請回数		1 1回目の申請 2 2回目の申請 (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 { }				
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	(添付したものに必ず☑)					
	<input type="checkbox"/> 愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業に係る証明書(妊よう性温存療法実施医療機関)(様式第1-2号)					
	<input type="checkbox"/> 愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業に係る証明書及び化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表(原疾患治療実施医療機関)(様式第1-3-1号及び様式第1-3-2号) <small>(※)</small>					
	※様式第1-3-2号は実施要綱第4(2)①に該当する場合のみ提出が必要					
<input type="checkbox"/> 愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成金請求書(妊よう性温存療法分)(様式第1-6号)						
<input type="checkbox"/> 申請時に愛知県内に住所を有していることが確認できるもの(発行から3か月以内の住民票等)						
<input type="checkbox"/> 妊よう性温存療法に係る治療費の領収書(原本及びコピー)						
振 込 先	フリガナ			金融機関名		
	口座名義			支店名	支店	
	口座種別	普通・当座	口座番号			
以下の事項について同意します。(同意いただけない場合は、本助成を受けることができません)						
・本事業の趣旨を理解し、愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業(妊孕性温存療法研究促進事業)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・生殖医療学会が妊よう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 ※愛知県使用欄
妊よう性温存療法を受けた者 (自署) <small>(申請者と同じである場合等記載不要)</small>						円

様式第1-1号(表)

様式第1-1号(表)

**愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業申請書**  
(小児・AYA世代のがん患者等の妊<sup>よう</sup>性温存療法研究促進事業参加申請書)  
(妊よう性温存療法分)

愛知県知事 様

次のとおり妊よう性温存治療費の助成を申請します。

年 月 日

申 請 者	ふりがな	-----			妊よう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) <small>※原則必須。記載出来ない場合は、下欄に理由を記載してください。</small>			
	患者アプリを登録出来ない理由					
妊よう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	- -				
愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業(妊孕性温存療法研究促進事業)妊よう性温存療法分の申請回数		1 1回目の申請 2 2回目の申請 (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 { }				
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	(添付したものに必ず☑)					
	<input type="checkbox"/> 愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業に係る証明書(妊よう性温存療法実施医療機関)(様式第1-2号)					
	<input type="checkbox"/> 愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業に係る証明書及び化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表(原疾患治療実施医療機関)(様式第1-3-1号及び様式第1-3-2号)					
	<input type="checkbox"/> 申請時に愛知県内に住所を有していることが確認できるもの(発行から3か月以内の住民票等)					
<input type="checkbox"/> 妊よう性温存療法に係る治療費の領収書(原本及びコピー)						
振 込 先	フリガナ			金融機関名		
	口座名義			支店名	支店	
	口座種別	普通・当座	口座番号			
以下の事項について同意します。(同意いただけない場合は、本助成を受けることができません)						
・本事業の趣旨を理解し、愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業(妊孕性温存療法研究促進事業)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・生殖医療学会が妊よう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 ※愛知県使用欄
妊よう性温存療法を受けた者 (自署) <small>(申請者と同じである場合等記載不要)</small>						円

(裏)

## ◎注意事項

- 1 妊よう性温存療法を受けた方が未成年の場合は、申請者欄には原則、親権者又は未成年後見人等の氏名を記載してください。また、妊孕性温存療法を行う担当医師の所属する医療機関施設における未成年患者本人の同意取得の方針に従い、年齢等の理由で同意能力がないために医療機関での妊孕性温存療法実施の際に未成年患者本人の同意を取得することができない場合は、妊孕性温存療法を受けた者の自署は不要です。
- 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、愛知県から文書で通知します。
- 4 助成の対象となる治療費は、妊よう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、妊よう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。2回分の申請を1回にまとめることはできませんので、1回目と2回目で分けて申請書・証明書等をご準備ください。
- 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1-7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、様式第1-3-1号、様式第1-3-2号及び様式第1-7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よう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。

## 郵送先

〒460-8501  
愛知県名古屋市中区三の丸三丁目1番2号  
愛知県保健医療局健康医務部健康対策課がん対策グループ

## 【申請書類の提出期限】

妊よう性温存療法に係る費用を支払った日の属する年度の末日(3/31)まで

(※書類の紛失防止のため、必ず簡易書留で郵送してください。)

## 問合せ先

愛知県保健医療局健康医務部健康対策課がん対策グループ  
電話番号：052-954-6326  
受付時間：月曜日から金曜日(県の休日を除く)9時から17時まで

(裏)

## ◎注意事項

- 1 妊よう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等を記載してください。それ以外の場合は、原則妊よう性温存療法を受けた本人しか申請はできません。
- 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、愛知県から文書で通知します。
- 4 助成の対象となる治療費は、妊よう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、妊よう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。2回分の申請を1回にまとめることはできませんので、1回目と2回目で分けて申請書・証明書等をご準備ください。
- 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1-7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、様式第1-3-1号、様式第1-3-2号及び様式第1-7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よう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。

## 郵送先

〒460-8501  
愛知県名古屋市中区三の丸三丁目1番2号  
愛知県保健医療局健康医務部健康対策課がん対策グループ

## 【申請書類の提出期限】

妊よう性温存療法に係る費用を支払った日の属する年度の末日(3/31)まで

(※書類の紛失防止のため、必ず簡易書留で郵送してください。)

## 問合せ先

愛知県保健医療局健康医務部健康対策課がん対策グループ  
電話番号：052-954-6326  
受付時間：月曜日から金曜日(県の休日を除く)9時から17時まで

様式第1-2号～様式第1-6号 (略)

様式第1-7号

様式第1-7号

愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業に係る領収金額内訳証明書  
(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に係る領収金額内訳証明書)  
(妊よう性温存療法実施医療機関の連携機関)

愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業(妊孕性温存療法研究促進事業)で示す対象者要件を満たす者に対し、妊よう性温存療法実施医療機関の指導に基づく妊よう性温存療法の一部を(※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(※2) \_\_\_\_\_  
 担当医師 氏名 \_\_\_\_\_  
 (自署)

妊よう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
妊よう性温存療法を受ける患者の紹介を受けた妊よう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 ( )			
		主治医の氏名 ( )			
領収金額合計 ※3	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 薬局の場合は記載不要

※3 助成の対象となる費用は、妊よう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。

様式第2号 (略)

様式第1-2号～様式第1-6号 (略)

様式第1-7号

様式第1-7号

愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業に係る領収金額内訳証明書  
(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に係る領収金額内訳証明書)  
(妊よう性温存療法実施医療機関の連携機関)

愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業(妊孕性温存療法研究促進事業)で示す対象者要件を満たす者に対し、妊よう性温存療法実施医療機関の指導に基づく妊よう性温存療法の一部を(※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 \_\_\_\_\_  
 担当医師 氏名 \_\_\_\_\_  
 (自署)

妊よう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
妊よう性温存療法を受ける患者の紹介を受けた妊よう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 ( )			
		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、妊よう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。

様式第2号 (略)

様式第3-1号(表)

様式第3-1号(表)

**愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業申請書**  
(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参加申請書)  
(温存後生殖補助医療分)

愛知県知事 様

次のとおり温存後生殖補助医療費の助成を申請します。

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		

**【確認事項】 (※記入必須)**

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  ※助成を受けたことがある場合： ・ 自身が過去 ( ) 回受けた ・ 配偶者(事実婚を含む)が過去 ( ) 回受けた ・ 助成を受けた都道府県名 ( )	<b>【添付書類】 (添付したものに必ず☑)</b> <input type="checkbox"/> 愛知県がん患者妊よう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)(様式第3-2号) <input type="checkbox"/> 愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業に係る証明書及び化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表(原疾患治療実施医療機関)(様式第1-3-1号及び様式第1-3-2号(※)) ※様式第1-3-2号は実施要綱第4(2)①に該当する場合のみ提出が必要 <input type="checkbox"/> 愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成金請求書(温存後生殖補助医療分)(様式第3-3号) <input type="checkbox"/> 申請時に愛知県内に住所を有していることが確認できるもの(発行から3か月以内の住民票等) <input type="checkbox"/> 温存後生殖補助医療に係る治療費の領収書(原本及びコピー) <input type="checkbox"/> 夫婦であることを証明できる書類(事実婚を含む。)
---	--

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よう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・生殖医療学会が妊よう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こと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 ※愛知県使用欄
円	円

様式第3-1号(裏) (略)

様式第3-1号(表)

様式第3-1号(表)

**愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業申請書**  
(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参加申請書)  
(温存後生殖補助医療分)

愛知県知事 様

次のとおり温存後生殖補助医療費の助成を申請します。

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		

**【確認事項】 (※記入必須)**

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  ※助成を受けたことがある場合： ・ 自身が過去 ( ) 回受けた ・ 配偶者(事実婚を含む)が過去 ( ) 回受けた ・ 助成を受けた都道府県名 ( )	<b>【添付書類】 (添付したものに必ず☑)</b> <input type="checkbox"/> 愛知県がん患者妊よう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)(様式第3-2号) <input type="checkbox"/> 愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業に係る証明書及び化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表(原疾患治療実施医療機関)(様式第1-3-1号及び様式第1-3-2号) <input type="checkbox"/> 申請時に愛知県内に住所を有していることが確認できるもの(発行から3か月以内の住民票等) <input type="checkbox"/> 温存後生殖補助医療に係る治療費の領収書(原本及びコピー) <input type="checkbox"/> 夫婦であることを証明できる書類(事実婚を含む。)
---	--

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よう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・生殖医療学会が妊よう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こと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 ※愛知県使用欄
円	円

様式第3-1号(裏) (略)

様式第3-2号～様式第3-3号 (略)

様式第3-4号

様式第3-4号

愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業に係る領収金額内訳証明書  
 (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)

愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業(妊孕性温存療法研究促進事業)の実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、温存後生殖補助医療実施医療機関の指導に基づく温存後生殖補助医療(※1)の一部を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地 \_\_\_\_\_  
 医療機関の名称 \_\_\_\_\_  
 診療科(※2) \_\_\_\_\_  
 担当医師 氏名 \_\_\_\_\_

(自署)

妊よう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( )		主治医の氏名( )	
領収金額合計 ※3	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 妊よう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 薬局の場合は記載不要
- ※3 助成の対象となる治療費は、妊よう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。

様式第3-2号～様式第3-3号 (略)

様式第3-4号

様式第3-4号

愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業に係る領収金額内訳証明書  
 (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)

愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業(妊孕性温存療法研究促進事業)の実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、温存後生殖補助医療実施医療機関の指導に基づく温存後生殖補助医療(※1)の一部を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地 \_\_\_\_\_  
 医療機関の名称 \_\_\_\_\_  
 診療科 \_\_\_\_\_  
 担当医師 氏名 \_\_\_\_\_

(自署)

妊よう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( )		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 妊よう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、妊よう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。