

愛知県がん患者妊よう性温存 治療費助成事業について

－医療機関の皆様へ－

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

(令和8年4月24日版)

- 本事業は、将来子どもを持つことを望むがん患者等が希望をもってがん等の治療に取り組めるよう、妊よう性温存及び温存後の生殖補助医療に係る費用を助成し、その経済的負担の軽減を図ることを目的としています。
- がん等の治療実施医療機関、妊よう性温存療法実施医療機関及び温存治療費助成事業実施医療機関の皆様には、本事業の趣旨を御理解いただき、御協力いただきますようお願いいたします。

1. 事業の概要
2. 対象者
3. 対象疾患
4. 対象となる治療と助成上限額
5. 申請の流れ
6. がん等の治療実施医療機関の方へ
7. 妊よう性温存療法実施医療機関の方へ
8. 温存後生殖補助医療実施医療機関の方へ
9. 妊よう性温存療法（温存後生殖補助医療）実施医療機関の指定について
10. 愛知県の妊よう性温存療法（温存後生殖補助医療）実施医療機関
（令和8年4月24日現在）
11. 名古屋市のがん患者妊よう性温存治療費助成事業について

1. 事業の概要

がん等の治療は、生殖機能に影響を及ぼし、妊娠する力・妊娠させる力（妊よう性）が低下したり、失われたりするおそれがあります。

そこで、将来自分の子どもを産み育てることを望む小児・AYA（思春期・若年成人）世代のがん患者等の皆様に、精子や卵子等の採取・凍結保存を行う「妊よう性温存治療」及び凍結した検体を用いた「温存後生殖補助医療」にかかる費用を「愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業実施要綱」に基づき助成します。

<ホームページ> <https://www.pref.aichi.jp/soshiki/kenkotaisaku/ninyouseionzonjosei.html>

<QRコード>



2. 対象者

【妊よう性温存治療の場合】

次のすべてに該当する方

1. 生殖医療の専門医師およびがん等原疾患担当医師により、妊よう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方
2. **申請時点において**愛知県内に住所を有している方
3. 精子や卵子等の**凍結保存時に**43歳未満の方
4. 治療期間を同じくして、特定不妊治療費助成事業、一般不妊治療費助成事業、その他の制度による助成金等の交付を受けていない方
5. **各都道府県が指定した妊よう性温存療法実施医療機関で**妊よう性温存治療を受けた方
6. 胚(受精卵)を凍結する場合は、婚姻(事実婚を含む)をされている方
7. 「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」の参加に同意される方

【温存後生殖補助医療の場合】

次のすべてに該当する方

1. 夫婦のいずれかが妊よう性温存治療を実施した後(※)に、温存後生殖補助医療を受けた方(治療期間の初日における妻の年齢が原則43歳未満)
2. 助成対象とな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く、がん等の担当医師と、生殖医療の担当医師により、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方
3. **申請時点において**愛知県内に住所を有している方
4. 治療期間を同じくして、その他の制度による助成金等の交付を受けていない方
5. **各都道府県が指定した温存後生殖補助医療実施医療機関**で温存後生殖補助医療を受けた方
6. 婚姻(事実婚を含む)されている方
7. 「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」の参加に同意される方

3. 対象疾患

次のいずれかの疾患を治療している方

- 「小児・AYA世代がん患者等の妊孕性温存に関する診療ガイドライン」(日本癌治療学会)の妊孕性低下リスク分類に示された治療
- 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

4. 対象となる治療と助成上限額 【妊よう性温存治療】

治療内容	1回あたりの助成上限額
胚(受精卵)の凍結	35万円
未受精卵子の凍結	20万円
卵巣組織凍結及び再移植	40万円
精子の凍結	2万5千円
精巣内精子回収・凍結	35万円

○助成回数は、対象者一人に対して(異なる治療を受けた場合であっても) **通算2回まで**となります。
卵巣組織凍結及び再移植はそれぞれを1回と定義します。

○助成対象となる費用は、治療に要する費用(初回の凍結保存に要する費用を含む。)に限るものとし、入院室料(差額ベッド代等)、食事療養費、文書料等治療に直接関係のない費用及び凍結保存の維持にかかる費用等は対象外です。

【温存後生殖補助医療】

治療内容	1回あたりの助成上限額
妊よう性温存治療で凍結した胚(受精卵)を用いた生殖補助医療	10万円
妊よう性温存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
妊よう性温存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
妊よう性温存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

○助成回数は、**通算6回(40歳以上43歳未満は通算3回)まで**とします(ただし、出産した場合及び妊娠12週以降に死産に至った場合はリセットされます)。

○助成対象となる費用は、温存後生殖補助医療に要した医療保険適用外費用です。ただし、入院室料(差額ベット代等)、食事療養費、文書料等の治療に直接関係ない費用は対象外です。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も対象外です。

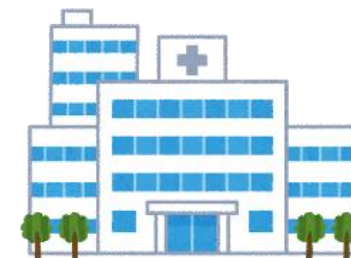
5. 申請の流れ（妊よう性温存治療の場合）

1. がん等治療医療機関受診



がん患者等

①受診



原疾患治療実施医療機関

- ②がん治療等の生殖機能への影響を説明
- ③希望者へ妊よう性温存療法実施医療機関を紹介

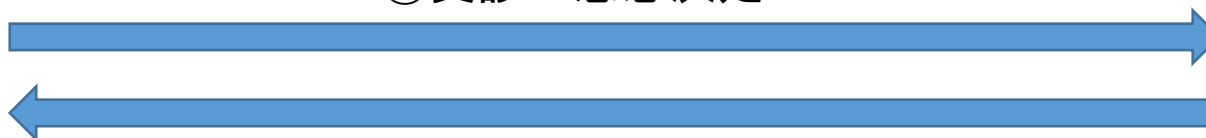


2. 妊よう性温存療法実施医療機関受診



がん患者等

④受診・意思決定



妊よう性温存療法実施医療機関

- ⑤妊よう性温存治療
- ⑥証明書（様式第1-2号）発行

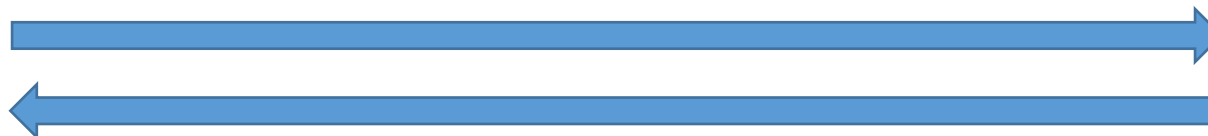


3. がん等治療医療機関受診（治療実施）



がん患者等

⑦受診



原疾患治療実施医療機関

⑧がん等治療実施

⑨証明書（様式第1-3-1号
および第1-3-2号）発行

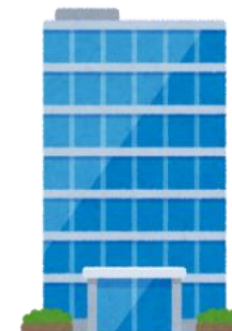
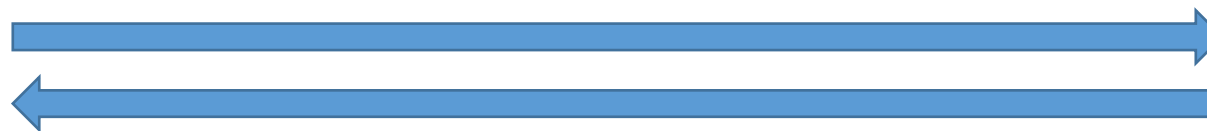


4. 助成金申請



がん患者等

⑩助成金申請（郵送・持参）



愛知県庁

⑪助成金支給（口座振込）

5. 申請の流れ（温存後生殖補助医療の場合）

1. がん等治療医療機関受診



がん患者等

①受診



原疾患治療実施医療機関

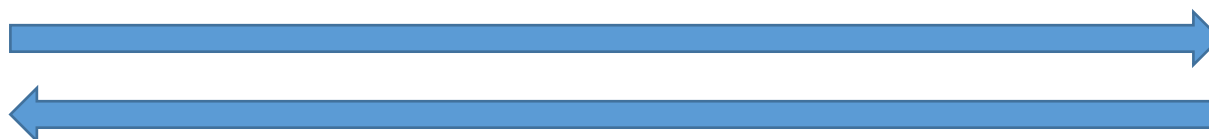
②証明書（様式第1-3-1号
および様式第1-3-2号）発行



2. 温存後生殖補助医療実施医療機関受診



がん患者等



温存後生殖補助医療実施医療機関

③温存後生殖補助医療の実施
④証明書（様式第3-2号）発行

3. 助成金申請

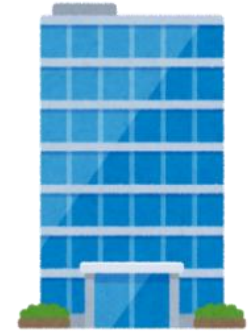


がん患者等

⑤助成金申請（郵送・持参）



⑥助成金支給（口座振込）



愛知県庁

<必要書類> (妊よう性温存治療の申請の場合)

※(1)～(3)、(6)②ウ、(8)の様式は県のホームページからダウンロードできます。

- (1) 愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業申請書・請求書(様式第1-1号・様式第1-6号)
- (2) 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)
- (3) 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(原疾患治療実施医療機関)(様式第1-3-1号および様式第1-3-2号)
- (4) 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)
- (5) 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)
- (6) 胚(受精卵)凍結に係る治療の場合は、婚姻関係を証明するもの(発行から3か月以内の次の①又は②に掲げるもの)
 - ① 戸籍謄本又は戸籍抄本(外国人にあつては、公的機関が発行する婚姻関係を証明する書類)
 - ② 事実婚の場合、以下のアからウの提出を求め、確認することとする。
 - ア 両人の戸籍謄本(重婚でないことの確認)
 - イ 両人の住民票(同一世帯であるかの確認。同一世帯でない場合は、㊦でその理由について記載を求める。)
 - ウ 事実婚関係に関する申立書
- (7) 妊よう性温存治療を受けた方が未成年で、親権者又は未成年後見人が申請者となる場合は、発行から3か月以内の妊よう性温存治療を受けた本人の戸籍謄本又は戸籍抄本
- (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かつ当該費用も含めて助成を求める場合のみ、治療と費用の内容が分かる領収書及び治療明細(原本及びコピーの両方)もしくは詳細の記載がない場合、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(妊よう性温存療法実施医療機関の連携機関)(様式第1-7号)

＜必要書類＞（温存後生殖補助医療の申請の場合）

※(1)～(4)、(6)②ウ、(7)の様式は県のホームページからダウンロードできます。

- (1) 愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業申請書・請求書(様式第3-1号・様式第3-3号)
- (2) 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(温存後生殖補助医療実施医療機関)(様式第3-2号)
- (3) 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(原疾患治療実施医療機関)(様式第1-3-1号
および様式第1-3-2号)
- (4) 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)
- (5) 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)
- (6) 夫婦(事実婚を含む。)であることを証明する書類(発行から3か月以内の次の①又は②に掲げるもの)
 - ① 戸籍謄本又は戸籍抄本(外国人にあっては、公的機関が発行する婚姻関係を証明する書類)
 - ② 事実婚の場合、以下のアからウの提出を求め、確認することとする。
 - ア 両人の戸籍謄本(重婚でないことの確認)
 - イ 両人の住民票(同一世帯であるかの確認。同一世帯でない場合は、ウでその理由について記載を求める。)
 - ウ 事実婚関係に関する申立書
- (7) 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かつ当該費用も含めて助成を求める場合のみ、治療と費用の内容が分かる領収書及び治療明細(原本及びコピーの両方)もしくは詳細の記載がない場合、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(温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関)(様式第3-4号)

6. がん等の治療実施医療機関の方へ

(1) 担当医師は、がん等の治療が生殖機能に与える影響について患者に説明をしてください。




(2) 妊よう性温存を希望した患者については、妊よう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か判断してください。

〔 胚凍結及び卵子凍結の場合、およそ2～6週間、卵巣組織凍結の場合、およそ1～3週間、がん等治療を遅らせる必要があります。それらを考慮したうえで、判断してください。 〕




(3) 妊よう性温存治療ができると判断した場合は、妊よう性温存療法実施医療機関の紹介をお願いします。併せて、本事業のチラシをお渡してください。



なお、妊よう性温存治療を行うことを意思決定できない患者には、愛知県内の妊よう性温存治療実施医療機関のがん・生殖医療の相談窓口を紹介してください。

(4) 妊よう性温存療法実施医療機関と連携を密にし、情報共有をお願いします。



《診療情報提供用紙の様式について》

がん等の医療機関が患者を妊よう性温存療法実施医療機関に紹介するときに必要な項目をまとめた参考様式です。
(日本がん・生殖医療学会が提供している様式)

下記ホームページからダウンロードできますので、御利用ください。

県ホームページ: がん治療と妊よう性の温存について

<https://www.pref.aichi.jp/soshiki/kenkotaisaku/ninyou.html>

患者氏名	患者識別番号
紹介元施設名	担当医
疾患名	進行期
組織型	
予後(生命予後、再発リスク; 抽象表現可)	
現在までの治療経過	
患者背景(適宜検査結果同封ください)	
状態	
検査結果(CBC, Pit など)	
感染症	
合併症	
精神状態	
妊孕性温存に関する期待度	
パートナー	あり なし ()
子供	あり (人) なし ()
予定される治療について	
内容・投与(照射)量	
治療開始予定時期	
治療開始最大遅延許容期間	
妊孕性温存・妊娠について	
主治医から見た妊孕性温存の推奨程度: 推奨 消極的 どちらとも言えない	
妊娠可能までの期間	
がん治療後の妊娠の問題点	
その他(裏面もご利用ください)	

(参考) 本事業のチラシ

※前述の県ホームページからもダウンロードできます。

表面

愛知県がん患者妊よう性 温存治療費助成事業

がん等の治療は、生殖機能に影響を及ぼし、妊娠する力・妊娠させる力(妊よう性)が低下したり、失われたりするおそれがあります。そこで、将来自分の子どもを産み育てることを望む小児・AYA(思春期・若年成人)世代のがん患者等の皆様に、精子や卵子等の採取・凍結保存を行う「妊よう性温存治療」及び凍結した検体を用いた「温存後生殖補助医療」にかかる費用を助成します。

妊よう性温存治療費の助成

【対象者】

- 次のすべてに該当する方
- 以下のいずれかに該当する方
 - ガイドライン(※)に基づき、がん等の治療により妊よう性が低下する又は失う恐れがあると医師に診断された方
 - 長期間の治療によって卵巣予備能の低下が想定されるがん疾患の方
 - 造血幹細胞移植が実施される非がん疾患の方
 - アルキル化剤が投与される非がん疾患の方
 - 申請時点において愛知県内に住所を有している方
 - 精子や卵子等の凍結保存時に43歳未満の方
 - 治療期間を同じくして、その他の制度による助成金等の交付を受けていない方
 - 各都道府県が指定した妊よう性温存療法実施医療機関で妊よう性温存治療を受けた方
 - 胚(受精卵)を凍結する場合は、婚姻(事実婚を含む)されている方
 - 「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」の参加に同意される方

(※)「小児・AYA世代がん患者等の妊孕性温存に関する診療ガイドライン」(日本癌治療学会)

【対象となる治療と助成額】

対象療法	1回あたりの助成上限額
胚(受精卵)の凍結	35万円
未受精卵の凍結	20万円
卵巣組織の凍結及び再移植	40万円
精子の凍結	2万5千円
精巣内精子採取・凍結	35万円

【助成回数】

異なる治療を受けた場合でも通算2回まで(例:胚(受精卵)凍結1回、未受精卵凍結1回)。なお、卵巣組織凍結及び再移植はそれぞれを1回と定義します。

温存後生殖補助医療費の助成

【対象者】

- 次のすべてに該当する方
- 夫婦のいずれかが妊よう性温存治療を実施した後に、温存後生殖補助医療を受けた方(治療期間の初日における妻の年齢が原則43歳未満)
 - 助成対象とな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く、がん等の担当医師と温存後生殖補助医療の担当医師の両者が認めた方
 - 申請時点において愛知県内に住所を有している方
 - 治療期間を同じくして、その他の制度による助成金等の交付を受けていない方
 - 各都道府県が指定した温存後生殖補助医療実施医療機関で温存後生殖補助医療を受けた方
 - 婚姻(事実婚を含む)されている方
 - 「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」の参加に同意される方

【対象となる治療と助成額】

対象療法	1回あたりの助成上限額
妊よう性温存治療で凍結した胚(受精卵)を用いた生殖補助医療	10万円
妊よう性温存治療で凍結した未受精卵を用いた生殖補助医療	25万円 ※1
妊よう性温存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
妊よう性温存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冻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

【助成回数】

通算6回(40歳以上43歳未満は通算3回)まで。(ただし、出産した場合及び妊娠12週以降に死産に至った場合はリセット)

裏面

申請の流れ

※申請期限:医療費を支払った日の属する年度の末日まで



<申請書類>

妊よう性温存治療費の助成の場合

- 申請書・請求書
- 妊よう性温存療法実施医療機関が発行する証明書
- 原疾患治療実施医療機関が発行する証明書
- 住民票の写し(原本)(発行から3か月以内)
- 妊よう性温存治療費(※)の領収書及び支払明細書(原本及びコピーの両方)
- 戸籍謄本又は戸籍抄本(発行から3か月以内、受精凍結の場合又は受胎者が未成年の場合)

※助成対象は治療に要する費用(初回の凍結保存に要する費用を含む。)に限るものとし、入院室料(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凍結保存の維持にかかる費用等は対象外です。

温存後生殖補助医療費の助成の場合

- 申請書・請求書
- 温存後生殖補助医療実施医療機関が発行する証明書
- 原疾患治療実施医療機関が発行する証明書
- 住民票の写し(原本)(発行から3か月以内)
- 温存後生殖補助医療費(※)の領収書及び支払明細書(原本及びコピーの両方)
- 戸籍謄本又は戸籍抄本(発行から3か月以内)

※助成対象となる費用は、温存後生殖補助医療に要した医療保険適用外費用です。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。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も対象外です。

その他、詳細は下記QRコードのウェブページにてご確認ください。様式のダウンロードもできます。

<注意事項>

- 申請には、JOFER連携患者アプリ(「3H P-Guardian」)の患者アプリ番号(会員番号)が必要となります。
- がん等の原疾患の治療が最優先であり、原疾患の種類や進行状況によって、妊よう性温存治療が難しい場合がありますので、まずは原疾患の担当医師にご相談ください。
- 治療費は助成上限額以上にかかる場合がありますので、医療機関にあらかじめ費用を確認してください。
- 医療機関が発行する証明書の文書料、郵送費等は自己負担となります。
- 申請書を愛知県へ郵送で送る場合は、書類紛失防止のために必ず簡易書留をご利用ください。
- 名古屋市内住の方には、名古屋市の助成事業もありますので、詳しいことを知りたい方は名古屋市健康増進課へお問い合わせください。

問い合わせ先

〒460-8501 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療部健康対策課 がん対策グループ
 電話番号:052-954-6326
 FAX番号:052-954-6917
 電子メールアドレス:kenkotaisaku@pref.aichi.lg.jp



最新の情報は、
 県ウェブページにて
 ご確認ください。

愛知県 妊よう性 検索



<妊よう性温存治療後>

(5) 患者から、原疾患治療実施医療機関用の証明書(様式第1-3-1号および様式第1-3-2号)の作成を依頼されたら、作成をお願いします。

また、患者が本事業の申請書(様式第1-1号)用紙を持っていない場合は、配付をお願いします。



(6) 妊よう性温存治療を中止した場合でも、以下のときは、助成対象となるので妊よう性温存療法実施医療機関と情報共有のうえ、証明書の作成をお願いします。

- ① 妊よう性温存治療を受けたが、やむを得ない理由により凍結等が正常に行えなかった場合
- ② 実施の意思決定が行われ、排卵誘発剤等の投与が行われた後に、体調不良等の理由でその後の妊よう性温存治療を中止した場合

様式第 1 - 3 - 1 号 (記載例)

様式第 1 - 3 - 1 号

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
(小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業に係る証明書)
 (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。

2026 年 6 月 10 日

医療機関の所在地 ●●市●●町●●番●●号
 医療機関の名称 ●●●●病院
 診療科 ●●●●科
 原疾患治療主治医氏名 ●●●●
(目書)

妊よう性温存療法を受けた者	ふりがな	あいち はなこ	
	氏名	愛知 花子	
	生年月日・性別等	1990 年 4 月 1 日生	男・ <input checked="" type="radio"/> 女

治療方法	原疾患について	
	原疾患名(※1) 〔 ●●が 〕	左記の診断日 2026 年 4 月 1 日 診断医療機関名 (●●●●病院)
	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。		
<input checked="" type="checkbox"/> ① 「小児・AYA世代がん患者等の妊よう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) の妊よう性低下リスク分類に示された治療 (①の場合は以下も確認すること) <input type="checkbox"/> 具体的な治療内容について、様式第 1 - 3 - 2 号にチェックを付け、添付済み <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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		
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		2026 年 5 月 17 日
妊よう性温存療法実施医療機関名		(●●●●病院)
愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業 (妊よう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 (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 { } ④ 上記いずれにも該当せず、原疾患治療の証明のみ

※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。

【証明書に関する問合せ先】

部署名: _____ 担当者名: _____ 電話番号: _____

記載はパソコン入力でもよいですが、**自署欄は担当医が自署してください。**

4つの[]のうち、当てはまるものに○をつけてください。

担当医以外で書類について窓口がある場合は、記載ください。

様式第1-3-2号 (記載例)

女性

当てはまるものに☑
をつけてください。

男性

様式1-3-2号				化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表 (女性)					
女性 〔治療による早発卵巣不全 (POI) リスク〕		POIリスク 「低」	POIリスク 「中」	POIリスク 「高」					
化学療法	Cyclophosphamide equivalent dose (CED)	<input type="checkbox"/> <4,000 mg/m ²	<input type="checkbox"/> 4,000~8,000 mg/m ²	<input type="checkbox"/> >8,000 mg/m ²	思春期前 (月経未発来) の場合には以下の範囲となる。初経後しばらくは明確な線引きが困難				
		<input type="checkbox"/> <8,000 mg/m ²	<input type="checkbox"/> 8,000~12,000 mg/m ²	<input type="checkbox"/> >12,000 mg/m ²					
	薬剤別	アルキル化薬	CEDの項で該当か所にチェックすること。						
		白金製剤	<input type="checkbox"/> CDDP <600 mg/m ²		<input type="checkbox"/> CDDP >600 mg/m ²				
		代謝拮抗薬	<input type="checkbox"/> Ara-C <input type="checkbox"/> GEM	<input type="checkbox"/> MTX <input type="checkbox"/> 6-MP					
		ピンカアルカロイド	<input type="checkbox"/> VCR						
	モノクローナル抗体	<input type="checkbox"/> Bmab							
	レジメン別	AC/EC±タキサン	<input type="checkbox"/> AC×4サイクル (40歳未満)	<input type="checkbox"/> AC×4サイクル (40歳以上)					
			<input type="checkbox"/> AC/EC×4サイクル+タキサン (35歳未満)	<input type="checkbox"/> AC/EC×4サイクル+タキサン (35歳以上)					
			<input type="checkbox"/> (F)EC×4サイクル+ dose dense タキサン						
		CMF, CEF, CAF, TAC	<input type="checkbox"/> CMF <input type="checkbox"/> CEF <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> TAC 6サイクル (30歳未満)	<input type="checkbox"/> CMF <input type="checkbox"/> CEF <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> TAC 6サイクル (30~39歳)	<input type="checkbox"/> CMF <input type="checkbox"/> CEF <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> TAC 6サイクル (40歳以上)				
		FOLFOX	<input type="checkbox"/> FOLFOX (40歳未満)	<input type="checkbox"/> FOLFOX (40歳以上)					
		Escalated BEACOPP	<input type="checkbox"/> Escalated BEACOPP 2サイクル	<input type="checkbox"/> Escalated BEACOPP 6-8サイクル (30歳未満)	<input type="checkbox"/> Escalated BEACOPP 6-8サイクル (30歳以上)				
		CHOP	<input type="checkbox"/> CHOP 6サイクル (35歳未満)	<input type="checkbox"/> CHOP 6サイクル (35歳以上)					
		Dose-adjusted EPOCH	<input type="checkbox"/> Dose-adjusted EPOCH 6サイクル (35歳未満)	<input type="checkbox"/> Dose-adjusted EPOCH 6サイクル (35歳以上)					
その他	<input type="checkbox"/> ABVD <input type="checkbox"/> CVP <input type="checkbox"/> BEP <input type="checkbox"/> EP (30歳未満)								
疾患別治療	<input type="checkbox"/> 急性骨髄性白血病治療 <input type="checkbox"/> 急性リンパ性白血病治療			<input checked="" type="checkbox"/> 骨肉腫治療 <input checked="" type="checkbox"/> ユーイング肉腫治療					
化学療法+放射線治療					<input type="checkbox"/> TMZ+頭蓋照射 <input type="checkbox"/> BCNU+頭蓋照射 <input type="checkbox"/> アルキル化薬+骨盤照射				
造血幹細胞移植					<input type="checkbox"/> OPA, BU, L-PAMを含むレジメン <input type="checkbox"/> 全身照射を含むレジメン				
放射線治療	<input type="checkbox"/> 放射性ヨウ素 (I-131)			<input type="checkbox"/> 頭蓋照射 >40 Gy	<input type="checkbox"/> 腹部/骨盤 (思春期前) 10- 15 Gy	<input type="checkbox"/> 腹部/骨盤 (思春期以降) 5- 10 Gy	<input type="checkbox"/> 腹部/骨盤 (成人女性) >6 Gy		

様式1-3-2号				化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表 (男性)					
男性 (治療関連による無精子症になるリスク)		低リスク	中リスク	高リスク					
化学療法	Cyclophosphamide equivalent dose (CED)	<input type="checkbox"/> <4,000 mg/m ²	—	<input type="checkbox"/> ≥4,000 mg/m ²	約90%は精液所見正常				
		<input type="checkbox"/> <4,000 mg/m ²	—	<input type="checkbox"/> ≥4,000 mg/m ² : 精子運動性低下 <input type="checkbox"/> ≥8,000 mg/m ² : 無精子症が遷延・永続					
	薬剤別	アルキル化薬	CEDの項で該当か所にチェックすること。						
		白金製剤	<input type="checkbox"/> CDDP <600 mg/m ²		<input checked="" type="checkbox"/> CDDP >600 mg/m ²				
		アントラサイクリン	<input type="checkbox"/> DXR <input type="checkbox"/> IDR <input type="checkbox"/> DNR <input type="checkbox"/> MIT						
		代謝拮抗薬	<input type="checkbox"/> 6-MP <input type="checkbox"/> MTX <input type="checkbox"/> Flu	<input type="checkbox"/> Ara-C <input type="checkbox"/> GEM					
	ピンカアルカロイド	<input type="checkbox"/> VCR <input type="checkbox"/> VBL							
	その他	<input type="checkbox"/> ETP <input type="checkbox"/> BLM <input type="checkbox"/> Act-D <input type="checkbox"/> MMC							
	レジメン別	<input type="checkbox"/> ABVD <input type="checkbox"/> CHOP <input type="checkbox"/> COP	<input type="checkbox"/> BEP 2~4サイクル	<input type="checkbox"/> BEACOPP: >6サイクル <input type="checkbox"/> 骨肉腫治療 <input type="checkbox"/> ユーイング肉腫治療					
	化学療法+放射線治療					<input type="checkbox"/> アルキル化薬+骨盤照射 <input type="checkbox"/> アルキル化薬+精巣照射 <input type="checkbox"/> TMZ+頭蓋照射 <input type="checkbox"/> BCNU+頭蓋照射			
	造血幹細胞移植					<input type="checkbox"/> BU+CPA <input type="checkbox"/> Flu+L-PAM <input type="checkbox"/> アルキル化薬+全身照射			
	放射線治療	<input type="checkbox"/> 放射性ヨウ素 (I-131)							
						<input type="checkbox"/> 全身照射			
						<input type="checkbox"/> 頭蓋照射			
						<input type="checkbox"/> 骨盤照射			
				<input type="checkbox"/> 精巣照射	<input type="checkbox"/> <0.7 Gy	<input type="checkbox"/> 1~6 Gy	<input type="checkbox"/> 成人男性 >2.5 Gy <input type="checkbox"/> 小児 ≥6 Gy		

(日本癌治療学会編 小児・AYA世代がん患者等の妊孕性温存に関する診療ガイドライン2024年12月改訂 第2版より一部改変)

7. 妊よう性温存療法実施医療機関の方へ

(1) がん等治療実施医療機関からの情報提供を基に患者の状態を確認し、必要に応じてがん等治療実施医療機関に直接確認する等、情報共有をしてください。



(2) 患者に対し、現在の生殖能力や妊よう性温存治療による身体的負担、要する期間及び総費用額等について説明をしてください。



(3) 助成上限額と、助成を受けるためには研究事業への協力が必要であることを説明してください。



(4) 最終的に患者が妊よう性温存治療の実施を決定した場合に治療をしてください。
なお、対象者が未成年の場合は、原則として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、患者本人及び親権者等による同意を得たうえで治療を実施してください。



(5) 妊よう性温存治療を実施した後、助成費用の申請を希望される患者には、妊よう性温存療法実施医療機関用の証明書(様式第1-2号)を作成してください。

※1 治療を中止した場合も、下記の理由の場合は助成対象となりますので、証明書を
作成してください。

- ① 妊よう性温存治療を受けたが、やむを得ない理由により凍結等が正常に行えなかった場合
- ② 実施の意思決定が行われ、排卵誘発剤等の投与が行われた後に、体調不良等の理由で
その後の妊よう性温存治療を中止した場合

※2 カウンセリング料については、カウンセリングを行い、妊よう性温存療法を開始した
場合は対象となります。(妊よう性温存療法を開始しなかった場合は対象外。)

様式第1-2号（記載例）

表面

※ホームページからダウンロードするときには、**両面コピー**にしてください。

妊よう性温存治療が正常に行えず中止となった場合は、**備考欄**に治療内容及び中止の理由を記載してください。

記載はパソコン入力でもよいですが、**自署欄**は担当医が自署してください。

様式第1-2号（表）		（記載例）		
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 （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証明書） （妊よう性温存療法実施医療機関）				
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、妊よう性温存療法（※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。				
2026年6月5日				
医療機関の所在地		●●市●●町●●番●●号		
医療機関の名称		●●●●病院		
診療科		産婦人科		
妊よう性温存療法主治医氏名		●●●● （自署）		
妊よう性温存療法を受けた者	ふりがな	あいち はなこ	生年月日	1990年4月1日生
	氏名	愛知 花子	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	患者アプリ番号	000000000000	患者アプリ登録が無い場合、その理由	（登録できない場合、理由を記入）
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）の対象医療機関ですか。		<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ		
妊よう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（ <input checked="" type="radio"/> ●●●●病院） 原疾患主治医の氏名（ <input checked="" type="radio"/> ●● <input checked="" type="radio"/> ●●）		
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 （いずれかの番号に○を付けてください）		<input checked="" type="radio"/> 1 1回目の申請 <input type="radio"/> 2 2回目の申請 （1回目の申請は同一都道府県） <input type="radio"/> 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 { }		
治療方法	I	男性へ妊よう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。）	妊よう性温存療法開始日（ 年 月 日） 凍結保存日（ 年 月 日） 妊よう性温存療法終了日（ 年 月 日） （上記実施日と同じ場合も記載してください。）	
		1 精子凍結保存 2 精子凍結保存（精巣内精子採取）	備考（ ）	
	II	女性へ妊よう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。）	妊よう性温存療法開始日（2026年4月15日） 凍結保存日（2026年5月15日） 妊よう性温存療法終了日（2026年5月15日） （上記実施日と同じ場合も記載してください。）	
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）	備考（ ）		
領収金額合計		406,500 円（内訳は裏面のとおりに）		
備考（※3）				
※1、※2、※3の説明は裏面を確認してください。				

様式第 1 - 2 号 (記載例)

※自院発行の領収書の内容のみ記載してください。

裏面

(裏)	
領収金額 内訳証明書	
項目	費用
精子、卵子、卵巣組織の採取に要した費用（検査や排卵誘発剤代などを含む）	300,000 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））	100,000 円
意思決定支援費用	6,500 円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
合計	406,500 円

治療期間	領収金額に関する問合せ先
2026年4月15日～2026年5月15日	担当課 ●●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よう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。
- ・ 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。

- ※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。一連の治療に直接関係する費用として、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 妊よう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。

担当医名ではなく、
会計担当者等、
領収金額に関する
問合せに対応
できる方の名前を
御記入ください。

8. 温存後生殖補助医療実施医療機関の方へ

(1) 患者に対し、現在の生殖能力や温存後生殖補助医療による身体的負担、要する期間及び総費用額等について説明をしてください。



(2) 助成上限額と、助成を受けるためには研究事業への協力が必要であることを説明してください。



(3) 最終的に患者が温存後生殖補助医療の実施を決定した場合に、治療を実施してください。



(4) 温存後生殖補助医療を実施した後、助成費用の申請を希望される患者には、温存後生殖補助医療実施医療機関用の証明書(様式第3-2号)を作成してください。

様式第3-2号（記載例）

※ホームページからダウンロードするときには、**両面コピー**にしてください。

過去に妊よう性温存治療分の助成を受けていても、**温存後生殖補助医療分**が初めての申請の場合は「**ない**」に○をつけてください。

表面

様式第3-2号(表)			
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 <small>(小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業に係る温存後生殖補助医療証明書)</small> (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(妊よう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(※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。			
2026年6月5日			
医療機関の所在地		●●市●●町●●番●●号	
医療機関の名称		●●●●病院	
診療科		産婦人科	
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	あいち はなこ	生年月日 1990年4月1日生
	氏名	愛知 花子	性別 男・ <input checked="" type="radio"/> 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	あいち いちろう	生年月日 年 月 日生
	氏名	愛知 一郎	性別 男・女
愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業(妊よう性温存療法研究促進事業)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、過去に妊よう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。			
<input checked="" type="radio"/> ない ・ <input type="radio"/> ある <small>※助成を受けたことがある場合 過去()回受けた 助成を受けた都道府県名()</small>			
妊よう性温存療法実施医療機関名()			
治療方法	助成対象となる治療は、妊よう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 (2026年4月15日) 生殖補助医療終了日 (2026年5月15日) <small>※上記実施日と同じ場合も記載してください。</small>
	I	1 凍結した胚(受精卵)を用いた生殖補助医療 2 <input checked="" type="radio"/> 凍結した未受精卵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	実施医療機関 (●●●●病院)
	II	Iにおいて、2~4に該当する場合で次に該当する場合は、該当する番号に○を付けてください。 1 <input checked="" type="radio"/> 以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合 2 人工授精を実施する場合 3 採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止した場合	
III	他医療機関依頼、院外処方等がある場合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		406,500 円(内訳は裏面のとおり)	
備考			
<small>※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 妊よう性温存療法を受け、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。一連の治療に直接関係する費用として、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。</small>			

記載はパソコン入力でも良いですが、**自署欄は担当医が自署してください。**

様式第3-2号 (記載例)

※自院発行の領収書の内容のみ記載してください。

裏面

(裏) 領収金額 内訳証明書	
項目	費用
治療に係る経費	406,500 円
	円
	円
	円
	円
	円
合計	406,500 円

治療期間	領収金額に関する問合せ先
2026年4月15日～2026年5月15日	担当課 ●●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。
- ・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。

担当医名ではなく、会計担当者等、領収金額に関する問合せに対応できる方の名前を御記入ください。

9. 妊よう性温存療法（温存後生殖補助医療）実施医療機関の指定について

指定医療機関以外で妊よう性温存治療及び温存後生殖補助医療を実施しても、本事業の助成対象となりません。

（他都道府県で妊よう性温存治療及び温存後生殖補助医療を実施した場合でも、その都道府県知事が指定した医療機関であれば、本事業の助成対象となります。なお、温存後生殖補助医療の助成を受ける場合は、妊よう性温存治療を受けた医療機関も指定医療機関である必要があります。）

○日本産科婦人科学会又は日本泌尿器科学会が認定した医療機関のうち、「愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業実施要綱」の第9((5)を除く。)に定める項目を実施できる医療機関を、本事業の指定医療機関として知事により指定します。

10. 愛知県の妊よう性温存療法（温存後生殖補助医療）実施医療機関 （令和8年4月24日現在）

施設名	精子、卵子、 胚（受精卵） 凍結	卵巣組織 凍結	温存後生殖 補助医療
名古屋大学医学部附属病院	○	○	○
日本赤十字社 愛知医療センター名古屋第一病院	○	×	○
名古屋市立大学病院	○	×	○
名古屋市立大学医学部附属西部医療センター	○	×	○
藤田医科大学病院	○	×	○
小牧市民病院	×	×	○
トヨタ記念病院	○	×	○
浅田レディース名古屋駅前クリニック	○	×	○
浅田レディース勝川クリニック	○	×	○
おち夢クリニック名古屋	○	×	○
成田産婦人科	○	×	○
なごやARTクリニック	○	×	○
ARTクリニックみらい	○	×	○

※最新の医療機関情報については、県ホームページを御確認ください。

《必要書類の提出先》

〒460-8501

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

※持参もしくは郵送(簡易書留)での御提出をお願いしております。

【問い合わせ先】

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

FAX番号:052-954-6917

電子メールアドレス:kenkotaisaku@pref.aichi.lg.jp