

和歌山県小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業実施要綱

(趣旨)

第1条 知事は、将来こどもを産み育てることを望む小児・AYA 世代のがん患者等が、がん治療等の開始前に生殖機能を温存することで、将来に希望を持ってがん治療等に取り組むことができるよう、妊孕性温存治療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。）に要する費用の一部を予算の範囲内で助成するとともに、患者からの臨床情報等のデータを収集し、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し、その交付に関しては、この要綱の定めるところによる。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、それぞれ当該各号の定めるところによる。

(1) 妊孕性温存治療

生殖機能を低下させ、又は失う恐れのあるがん治療等に関して精子、卵子、若しくは卵巣組織を採取し凍結保存するまでの一連の医療行為又は卵子を採取し受精させ、胚（受精卵）を凍結保存するまでの一連の医療行為をいう。

(2) 生殖補助医療

体外受精及び顕微授精による不妊治療

(3) ガイドライン

「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」（一般社団法人日本癌治療学会）をいう。

(4) 医療保険適用外

健康保険法（大正11年法律第70号）、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）その他の法律に基づく医療保険制度による保険給付の対象とならないことをいう。

(実施主体)

第3条 和歌山県小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業（以下「助成事業」という。）の実施主体は、和歌山県とする。

(妊孕性温存治療の助成対象者)

第4条 妊孕性温存治療に係る助成事業の対象となる者は、次の各号に掲げる要件を全て満たしている者とする。

(1) 申請日において和歌山県内に住所を有する者

(2) 以下のいずれかの原疾患の治療を受ける者

(ア) ガイドラインの妊孕性低下リスク分類に示された治療

- (イ) 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
 - (ウ) 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
 - (エ) 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
- (3) 第7条に定める対象となる治療の凍結保存時に43歳未満の者
- なお、第7条の胚（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、女性が妊孕性温存治療の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ことができる。婚姻関係の確認手法等については、第5条第7号に準ずるものとする（ただし、事実婚関係に関する申立書は様式第3－1号を用いること。）。
- (4) 第13条の規定により知事が指定した妊孕性温存療法実施医療機関（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治療を受けた者
- (5) 申請を行う当該妊孕性温存治療について、治療期間を同じくして他制度の助成による助成金等の交付を受けていない者
- (6) 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、妊孕性温存治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
- ただし、子宮摘出が必要な場合など、本人が妊娠できないことが想定される場合は除く。また第2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。
- (7) 妊孕性温存療法指定医療機関から妊孕性温存治療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行う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同意した者（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）

（温存後生殖補助医療の助成対象者）

第5条 温存後生殖補助医療に係る助成事業の対象となる者は、次の各号に掲げる要件を全て満たしている者とする。

- (1) 申請日において和歌山県内に住所を有する者
- (2) 第13条の規定により知事が指定した温存後生殖補助医療実施医療機関（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

- (3) 原則として、夫婦のいずれかが、第4条を満たし、第7条に定める治療を受けた後に、第8条に定める対象となる治療を受けた場合であって、第8条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ことができる）。
- (4) 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
- (5) 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
- (6) 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本事業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同意した者
- (7) 婚姻関係の確認がなされた者（その確認手法等については以下のとおり）
 - (ア) 法律婚の場合
両人から戸籍謄本の提出を求め、確認することとする。
 - (イ) 事実婚の場合
 - ①～③の書類の提出を求め、確認することとする。
 - ①両人の戸籍謄本（重婚でないことの確認）
 - ②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、③でその理由について記載を求めること。）
 - ③両人の事実婚関係に関する申立書（様式第3－2号）なお、事実婚関係にある夫婦が本事業の助成を受ける場合は、温存後生殖補助医療の結果、出生した子について認知を行う意向があることを確認すること。
- (8) 申請を行う当該温存後生殖補助医療について、治療期間を同じくして他制度の助成による助成金等（本事業と同じ目的で居住地市町村から行われる上乗せ助成金を除く）の交付を受けていない者
(助成対象経費)

第6条 この要綱による助成の対象となる費用は、妊孕性温存治療及び初回の凍結保存並びに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。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分は対象外とする。

- 2 前項の規定にかかわらず、 妊孕性温存治療又は温存後生殖補助医療の実施に当たり、妊孕性温存治療又は温存後生殖補助医療の主治医と原疾患の主治医の双方の同意が得られない場合は、助成金の交付の対象としない。
- 3 体調不良などにより医師の判断に基づき妊孕性温存治療を中止した場合も助成の対象とする。

(妊孕性温存治療に係る助成対象治療及び助成上限額等)

第7条 治療毎の1回あたりの助成上限額については、下表のとおりとする。

対象となる治療	1回あたりの助成上限額
胚（受精卵）凍結に係る治療	35万円
未受精卵子凍結に係る治療	20万円
卵巣組織凍結に係る治療（組織の再移植を含む）	40万円
精子凍結に係る治療	3万円
精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療	35万円

- 2 助成回数は、対象者一人に対して通算2回までとする。なお、異なる治療を受けた場合であっても通算2回までとする。

(温存後生殖補助医療に係る助成対象治療及び助成上限額等)

第8条 治療毎の1回あたりの助成上限額については、下表のとおりとし、詳細については別紙1によるものとする。

対象となる治療	1回あたりの助成上限額
第7条の胚（受精卵）凍結に係る治療により凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療	治療に要した費用が10万円以上の場合は、10万円又は当該費用に100分の55を乗じて得た額（算出した金額に1円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額）のいずれか大きい額（13万7千5百円を上限）とし、治療に要した費用が10万円未満の場合は、1回の治療に要した費用とする。
第7条の未受精卵子凍結に係る治療により凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療	25万円 ※1
第7条の卵巣組織凍結に係る治療（組織の再移植を含む）により凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療	30万円 ※1～4
第7条の精子凍結に係る治療又は精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療により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て胚移植を実施する場合の助成上限額については、

治療に要した費用が10万円以上の場合は、10万円又は当該費用に100分の55を乗じて得た額（算出した金額に1円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額）のいずれか大きい額（13万7千5百円を上限）とし、治療に要した費用が10万円未満の場合は、1回の治療に要した費用とする。

※2 人工授精を実施する場合の助成上限額については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の助成上限額については、治療に要した費用が10万円以上の場合は、10万円又は当該費用に100分の55を乗じて得た額（算出した金額に1円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額）のいずれか大きい額（13万7千5百円を上限）とし、治療に要した費用が10万円未満の場合は、1回の治療に要した費用とする。

※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

2 助成回数は、初めて温存後生殖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。

3 以下に係る生殖補助医療は助成対象外とする。

（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4条の要件を満たし、ともに第7条に定める治療を受けた後に、この条に定める対象となる治療を受けた場合、夫婦の一方のみにこの条に定める対象となる治療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。

（申請）

第9条 第4条及び第5条に規定する対象者であって、助成事業を利用しようとする者（以下「申請者」という。）は、和歌山県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費等助成申請書（様式第1－1号又は様式第2－1号）に以下の書類を添えて、知事に申請しなければならない。

- (1) 和歌山県小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存治療実施証明書(様式第 1－2 号)、和歌山県小児・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(様式第 1－4－1 号) 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(様式第 1－4－2 号) 又は和歌山県小児・AYA 世代がん患者等温存後生殖補助医療実施証明書(様式第 2－2 号)、和歌山県小児・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(様式第 1－4－1 号) 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(様式第 1－4－2 号)
- (2) 和歌山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マイナンバーの記載がないものに限る。)
- (3) 助成の対象となる妊孕性温存治療費又は温存後生殖補助医療費の領収書等の写し(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において、当該費用も含めて助成を求めるときは、治療と費用の内容が分かる領収書等の写しに限る。ただし、領収書等に当該内容の記載がない場合は、和歌山県小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業に係る領収金額内訳証明書(様式第 1－3 号又は様式第 2－3 号)を添えて、申請しなければならない。)
- (4) その他知事が必要と認める書類

2 前項の申請は、特段の事由がない限り、助成対象の妊孕性温存治療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、妊孕性温存治療後、期間を置かずに原疾患治療を開始する必要があるなどのやむを得ない事情により、当該年度内に申請できない場合には、翌年度に行うことができる。

(助成決定及び支払い)

第 10 条 知事は、対象者から前条の規定による申請があったときは、速やかに提出のあった書類の審査を行った上、助成の可否及び金額を決定し、和歌山県小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存治療費等助成金交付決定通知書(様式第 4 号)により、申請者に通知するとともに、助成金を申請者の指定する金融機関に振り込む方法により支払うものとする。

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、その理由を付した和歌山県小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存治療費等助成金不交付決定通知書(様式第 5 号)により速やかに申請者に通知するものとする。

(助成金の返還)

第 11 条 知事は、偽りその他の不正な手段により助成金の交付を受けた者に対して、当該助成金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 12 条 県並びに原疾患治療、妊孕性温存治療及び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。

(医療機関の指定等)

第 13 条 知事は、医療機関からの申請に対して、国実施要綱 5 (2) に基づき、本事業の妊孕性温存療法指定医療機関又は温存後生殖補助医療指定医療機関 (以下「指定医療機関」という。) として指定を行うものとする。

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

3 第 1 項の指定を受けようとする医療機関は指定申請書 (様式第 6 号) を知事に提出するものとする。

4 前項の指定申請書の内容に変更等があった場合は、速やかに変更・辞退届出書 (様式第 7 号) を知事に提出するものとする。

5 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 5 (2) 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。

6 前項により指定の取消しとなる指定医療機関は、他の妊孕性温存療法指定医療機関等と連携し、当該医療機関で治療を行った者、治療中の者、治療を希望する者が不利益を被ることのないよう対応し、十分な周知を行うこととする。

(日本がん・生殖医療登録システムへの入力)

第 14 条 指定医療機関は、本事業の目的を達成するため、臨床情報等のデータを日本がん・生殖医療登録システムへ入力するとともに、定期的 (年 1 回以上) に対象者のフォローアップを行い、自然妊娠を含む妊娠・出産・検体保存状況及び原疾患の転帰等の情報を日本がん・生殖医療登録システムへ入力するものとする。

2 指定医療機関は、助成対象者に対して、対象者自身で自然妊娠を含む妊娠・出産・検体保存状況及び原疾患の転帰等の情報の入力が可能な専用のスマートフォンアプリの取得及び使用を促すものとする。

(和歌山県がん・生殖医療ネットワーク)

第 15 条 県は、本事業の目的を達成するため、対象者が適切に妊孕性温存治療及び温存後生殖補助医療を知り、希望した場合に速やかに、かつ、適切な妊孕性温存治療及び温存後生殖補助医療を受けることができるよう和歌山県がん・生殖医療ネットワークの充実を図るものとする。

(その他)

第 16 条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、令和元年 7 月 1 日から施行し、平成 31 年 4 月 1 日以後に開始した妊孕性温存治療に係る助成金から適用する。

附 則

この要綱は、令和３年５月６日から施行し、令和３年４月１日以後に開始した妊孕性温存治療に係る助成金から適用する。

附 則

この要綱は、令和４年５月９日から施行し、令和４年４月１日以後に開始した妊孕性温存治療及び温存後生殖補助医療に係る助成金から適用する。

附 則

この要綱は、令和５年１月５日から施行し、令和４年４月１日以後に開始した妊孕性温存治療及び温存後生殖補助医療に係る助成金から適用する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和５年５月２９日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の日前に作成された改正前の第９条第１項第１号の和歌山県小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存治療実施証明書又は和歌山県小児・AYA 世代がん患者等温存後生殖補助医療実施証明書は、改正後の同号の和歌山県小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存治療実施証明書又は和歌山県小児・AYA 世代がん患者等温存後生殖補助医療実施証明書とみなす。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和７年４月１日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の日前に作成された改正前の第９条第１項第１号の和歌山県小児・AYA 世代がん患者等温存後生殖補助医療実施証明書は、改正後の同号の和歌山県小児・AYA 世代がん患者等温存後生殖補助医療実施証明書とみなす。
- 3 この要綱の施行の日前に作成された改正前の第９条第１項第３号の和歌山県小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業に係る領収金額内訳証明書は、改正後の同号の和歌山県小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業に係る領収金額内訳証明書とみなす。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和７年６月２日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の日前に作成された改正前の第９条第１項第１号の和歌山県小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存治療実施証明書（原疾患治療実施医療機関）は、改正後の同号の和歌山県小児・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とみなす。

別紙 1 (第 8 条関係) 温存後生殖補助医療毎の助成上限額の詳細

①妊孕性温存療法で凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療

治療内容	助成上限額	(胚凍結)	薬品投与	凍結胚移植		妊娠の確認
				胚移植	黄体期補充療法	
C（以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施）	13万7千5百円					

②妊孕性温存療法で凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療

治療内容	助成上限額	卵子解凍	採精（夫）	受精	新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植			妊娠の確認
					胚移植	黄体期補充療法		薬品投与	胚移植	黄体期補充療法	
A（新鮮胚移植を実施）	25万円										
B（凍結胚移植を実施）	25万円										
C（以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施）	13万7千5百円										
E（体調不良等により移植のめどが立たず治療終了）	25万円										
F（受精できず、又は、受精したが胚が発育せず）	25万円										

③妊孕性温存療法で凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療

治療内容	助成上限額	採卵まで			採精（夫）	受精	新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植			妊娠の確認	
		薬品投与（点鼻薬）	薬品投与（注射）	採卵			胚移植	黄体期補充療法		薬品投与	胚移植	黄体期補充療法		
A（新鮮胚移植を実施）	30万円													
B（凍結胚移植を実施）	30万円													
C（以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施）	13万7千5百円													
D（人工授精を実施）	1万円													
E（体調不良等により移植のめどが立たず治療終了）	30万円													
F（受精できず、又は、受精したが胚が発育せず）	30万円													
G（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）	13万7千5百円													
H（卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止）	対象外													
I（排卵準備中、体調不良等により治療中止）	対象外													

④妊孕性温存療法で凍結した精子を用いた生殖補助医療

治療内容	助成上限額	採卵まで			(精子解凍)	受精	新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植			妊娠の確認	
		薬品投与（点鼻薬）	薬品投与（注射）	採卵			胚移植	黄体期補充療法		薬品投与	胚移植	黄体期補充療法		
A（新鮮胚移植を実施）	30万円													
B（凍結胚移植を実施）	30万円													
C（以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施）	13万7千5百円													
D（人工授精を実施）	1万円													
E（体調不良等により移植のめどが立たず治療終了）	30万円													
F（受精できず、又は、受精したが胚が発育せず）	30万円													
G（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）	13万7千5百円													
H（卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止）	対象外													
I（排卵準備中、体調不良等により治療中止）	対象外													

和歌山県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費等助成申請書
（妊孕性温存治療分）

和歌山県知事 様

次のとおり申請します。

年 月 日

申 請 者	ふりがな							妊孕性温存治療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。登録できない 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 存治療を 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（妊孕性温存治療分） の申請回数 （いずれかの番号に○を付けてください）							1 1 回目の申請 2 2 回目の申請 （1 回目の申請は同一都道府県） 3 2 回目の申請 （1 回目の申請は他の都道府県） →都道府県名 { }						
和歌山県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費等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	（添付したものにチェックをつけてください。） ※不足がある場合は本助成を受けることができません。												
	☐	和歌山県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療実施証明書 （妊孕性温存療法実施医療機関）（様式第 1－2 号）											
	☐	和歌山県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療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）											
	☐	和歌山県小児・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 1－4－1 号及び様式第 1－4－2 号）											
	☐	申請時に和歌山県内に住所を有し、妊孕性温存治療実施日（凍結保存日）に 4 3 歳未満であることが確認できる もの（住民票等）											
	☐	申請者と妊孕性温存治療を受けた者が異なる場合は、その続柄が分かる書類（健康保険被保険者証の写し等）											
	☐	妊孕性温存治療の実施に要した費用が確認できる領収書の写し											
	☐	上記領収書に対応する診療明細書の写し											
☐	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				本店 ・ 支店名	本店 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。 ・ 助成の適正を判断するために必要な場合、治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会を行うこと。 ・ 本事業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 ※和歌山県使用欄			
										円			

◎注意事項

- 1 妊孕性温存治療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、和歌山県から文書で通知します。
- 4 助成の対象となる治療費は、妊孕性温存治療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、妊孕性温存治療に要した医療保険適用外費用であり、精子は3万円、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、様式第1－3号、様式第1－4－1号及び様式第1－4－2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：〒640-8585 和歌山市小松原通1－1
和歌山県健康推進課がん・疾病対策班

持参の場合

受付窓口：和歌山県健康推進課がん・疾病対策班（県庁北館5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9時00分から午後5時45分

問い合わせ

和歌山県健康推進課がん・疾病対策班 電話：073-441-2640

(表)

様式第1－2号（第9条関係）

和歌山県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療実施証明書
(妊孕性温存療法実施医療機関)

和歌山県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、妊孕性温存治療（※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		
妊孕性温存療法主治医氏名		
(白署)		

妊孕性温存治療を受けた者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日・性別等	年	月	日生 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	
和歌山県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費等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（妊孕性温存治療分）の申請回数 （いずれかの番号に○を付けてください）		1 1回目の申請 2 2回目の申請 （1回目の申請は同一都道府県） 3 2回目の申請 （1回目の申請は他の都道府県） →都道府県名 { }		
治療方法	I	男性へ妊孕性温存治療を実施した場合は、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	妊孕性温存治療開始日（年 月 日） 凍結保存日（年 月 日） 妊孕性温存治療終了日（年 月 日） （上記実施日と同じ場合も記載してください。）	
		2 精子凍結保存（精巣内精子採取）	備考（ ）	
	II	女性へ妊孕性温存治療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	妊孕性温存治療開始日（年 月 日） 凍結保存日（年 月 日） 妊孕性温存治療終了日（年 月 日） （上記実施日と同じ場合も記載してください。）	
		2 未受精卵子凍結保存	備考（ ）	
	3 卵巣組織凍結保存	備考（ ）		
III	I、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 妊孕性温存治療が正常に行えなかった等の治療内容に係る留意事項は備考欄に記載してください。

(裏)

領収金額 内訳証明書

項 目	費 用
精子、卵子、卵巣組織の採取に要した費用（検査や排卵誘発剤代などを含む）	円
胚（受精卵）を凍結保存する場合の受精に要した費用（受精料、培養料など）	円
凍結保存に要した費用（凍結処置料、初回の凍結保存料など（更新料は含まない））	円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
合 計	円

治療期間
年 月 日～ 年 月 日

領収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	— —

- ・ 助成対象となる費用のみを計上してください。
- ・ 助成の対象となる費用は、ガイドラインに基づき行われる妊孕性温存治療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、妊孕性温存治療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。

和歌山県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費等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）

和歌山県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、妊孕性温存療法実施医療機関の指導に基づく妊孕性温存治療の一部を（※ 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)

妊孕性 温存治 療を受 けた者	ふりがな		
	氏名		
	生年月日 ・性別等	年 月 日生	男 ・ 女
妊孕性温存治療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（ ） 妊孕性温存治療主治医の氏名（ ）	
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、妊孕性温存治療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。

和歌山県小児・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
（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			
	該当するものに○を付けてください。			
	〔 〕 ① 「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」（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 （①の場合は以下も確認すること） ☐ 具体的な治療内容について、リスク分類表にチェックを付け、添付済み 〔 〕 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			
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		
妊孕性温存治療実施医療機関名		（ ）		
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 { } 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。

様式 1－4－2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)	☐ <4,000 mg/m ²	☐ 4,000～8,000 mg/m ²	☐ >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		
		☐ <8,000 mg/m ²	☐ 8,000～12,000 mg/m ²	☐ >12,000 mg/m ²
	薬剤別	CEDの項で該当か所にチェックすること。		
		アルキル化薬	☐ CDDP<600 mg/m ² ☐ CBDCA	☐ CDDP>600 mg/m ²
		白金製剤		
		代謝拮抗薬	☐ Ara-C ☐ MTX ☐ GEM ☐ 6-MP	
		ビンカルカロイド	☐ VCR	
		モノクローナル抗体	☐ Bmab	
	レジメン別	AC/EC±タキサン	☐ AC×4サイクル （40歳未満）	☐ AC×4サイクル （40歳以上）
			☐ AC/EC×4サイクル +タキサン （35歳未満）	☐ AC/EC×4サイクル +タキサン （35歳以上）
			☐ (F)EC×4サイクル + dose dense タキサン	
		CMF, CEF, CAF, TAC	☐ CMF ☐ CEF ☐ CAF ☐ TAC 6サイクル （30歳未満）	☐ CMF ☐ CEF ☐ CAF ☐ TAC 6サイクル （40歳以上）
		FOLFOX	☐ FOLFOX（40歳未満）	☐ FOLFOX（40歳以上）
		Escalated BEACOPP	☐ Escalated BEACOPP 2サイクル	☐ Escalated BEACOPP 6-8サイクル （30歳未満）
		CHOP	☐ CHOP 6サイクル （35歳未満）	☐ CHOP 6サイクル （35歳以上）
		Dose-adjusted EPOCH	☐ Dose-adjusted EPOCH 6サイクル （35歳未満）	☐ Dose-adjusted EPOCH 6サイクル （35歳以上）
		その他	☐ ABVD ☐ CVP ☐ BEP ☐ EP （30歳未満）	
	疾患別治療	☐ 急性骨髄性白血病治療 ☐ 急性リンパ性白血病治療		☐ 骨肉腫治療 ☐ ユーイング肉腫治療
化学療法＋放射線治療				☐ TMZ＋頭蓋照射 ☐ BCNU＋頭蓋照射 ☐ アルキル化薬＋骨盤照射
造血幹細胞移植				☐ CPA, BU, L-PAMを含むレジメン ☐ 全身照射を含むレジメン
放射線治療		☐ 放射性ヨウ素（I-131）		☐ 頭蓋照射 >40 Gy
			☐ 腹部／骨盤（思春期前） 10～<15 Gy ☐ 腹部／骨盤（思春期以降） 5～<10 Gy	☐ 腹部／骨盤（思春期前） ≥15 Gy ☐ 腹部／骨盤（思春期以降） ≥10 Gy ☐ 腹部／骨盤（成人女性） >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）

様式 1-4-2 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)	☐ <4,000 mg/m ² <4,000 mg/m ² : 約90%は精液所見正常	— —	☐ ≥4,000 mg/m ² ≥4,000 mg/m ² : 精子運動性低下 ≥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		☐ CDDP<600 mg/m ² ☐ CBDCA ☐ L-OHP	☐ CDDP>600 mg/m ²
		アントラサイクリン		☐ DXR ☐ IDR ☐ DNR ☐ MIT	
		代謝拮抗薬	☐ 6-MP ☐ MTX ☐ Flu	☐ Ara-C ☐ GEM	
		ビンカルカロイド	☐ VCR ☐ VBL		
		その他	☐ ETP ☐ BLM ☐ Act-D ☐ MMC		
			レジメン別	☐ ABVD ☐ CHOP ☐ COP	☐ BEP 2~4サイクル
	化学療法+放射線治療				☐ アルキル化薬+骨盤照射 ☐ アルキル化薬+精巣照射 ☐ TMZ+頭蓋照射 ☐ BCNU+頭蓋照射
	造血幹細胞移植				☐ BU+CPA ☐ Flu+L-PAM ☐ アルキル化薬+全身照射
放射線治療		☐ 放射性ヨウ素 (I-131)			
	全身照射			☐ 実施あり	
	頭蓋照射			☐ ≥40 Gy	
	骨盤照射			☐ 実施あり	
	精巣照射	☐ <0.7 Gy	☐ 1~6 Gy	☐ 成人男性 >2.5 Gy ☐ 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)

(表)

様式第2-1号(第9条関係)

和歌山県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費等助成申請書
(温存後生殖補助医療分)

和歌山県知事 様

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(温存後生殖補助医療分)の助成を受けたことがありますか		温存後生殖補助医療に用いた検体の凍結保存日						
ない ・ ある →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		年 月 日						
※助成を受けたことがある場合 助成を受けた都道府県名 ()		凍結保存を行った医療機関 医療機関名: 所在地: ※妊孕性温存療法研究促進事業開始前(令和3年3月以前)に凍結保存を行っている場合は、妊孕性温存療法指定医療機関(必ずしも妊孕性温存療法実施時点において認められている必要はありません)において妊孕性温存療法を行ったことが確認できる書類(診断書等)が別途必要になります。						
添付書類	(添付したものにチェックをつけてください。) ※不足がある場合は本助成を受けることができません。							
	☐	和歌山県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費等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2-2号)						
	☐	和歌山県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費等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)						
	☐	和歌山県小児・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1-4-1号及び様式第1-4-2号)						
	☐	夫婦であることを証明できる書類(戸籍謄本等)						
	☐	申請時に和歌山県内に住所を有し、温存後生殖補助医療開始日において妻の年齢が43歳未満であることが確認できるもの(住民票等)						
	☐	妊よう性温存治療の実施に要した費用が確認できる領収書の写し						
	☐	上記領収書に対応する診療明細書の写し						
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。 - 助成の適正を判断するために必要な場合、治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会を行うこと。 - 本事業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 ※和歌山県使用欄		
						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、和歌山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）を用いた場合の助成上限額は、治療に要した費用が10万円以上の場合、10万円又は当該費用に100分の55を乗じて得た額のいずれか大きい額（13万7千5百円を上限）、凍結未受精卵を用いた場合は25万円、凍結した卵巣組織再移植後の場合は30万円、凍結精子を用いた場合は30万円が上限となります。ただし、以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合及び採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止した場合の助成上限額は、治療に要した費用が10万円以上の場合、10万円又は当該費用に100分の55を乗じて得た額のいずれか大きい額（13万7千5百円を上限）、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。（ただし、本事業と同じ目的で居住地市町村から行われる上乗助成を除きます。）また、自身と配偶者（事実婚を含む）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、様式第2－3号、様式第1－4－1号及び様式第1－4－2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温存後生殖補助医療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（J0FR）」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。
- 9 様式第1－1号の添付書類として様式第1－4－1号及び様式第1－4－2号を既に和歌山県へ提出している場合、再度の提出は不要です。なお、原疾患治療実施医療機関による記載が困難な場合は、原疾患名、具体的な治療内容（使用した薬剤等）、治療時期、原疾患治療実施医療機関名が分かる資料を添付してください。

郵送先

郵送の場合

宛先：〒640-8585 和歌山市小松原通1－1
和歌山県健康推進課がん・疾病対策班

持参の場合

受付窓口：和歌山県健康推進課がん・疾病対策班（県庁北館5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9時00分から午後5時45分

問合せ先

和歌山県健康推進課がん・疾病対策班 電話：073-441-2640

(表)

様式第2-2号(第9条関係)

和歌山県小児・AYA世代がん患者等温存後生殖補助医療実施証明書
(温存後生殖補助医療実施医療機関)

和歌山県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費等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
和歌山県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業の 温存後生殖補助医療指定医療機関ですか。			はい ・ いいえ	
対象者又は配偶者は、過去に妊孕性温存療法研究促進事業(温存後生殖補助医療分)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 () 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、妊孕性温存治療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		円(内訳は裏面のとおり)		
備考				

- ※1 妊孕性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医療のこと。
- ※2 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。

和歌山県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費等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）

和歌山県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費等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)

温存後生殖補助医療の対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏名		性別	男 ・ 女
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
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 () 温存後生殖補助医療主治医の氏名 ()	
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 妊孕性温存治療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、妊孕性温存治療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 3－1 号（第 4 条関係）

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治療により凍結保存した胚は、事実婚又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）

和歌山県知事 様

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）

和歌山県知事 様

様式第 4 号（第 1 0 条関係）

第 号
年 月 日

和歌山県小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存治療費等助成金交付決定通知書

様

和歌山県知事



年 月 日付けで申請がありました和歌山県小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存治療費等助成金（妊孕性温存治療分・温存後生殖補助医療分）について、下記のとおり交付することに決定したので通知します。

記

1. 助成額 金 円

2. 助成金の返還条件

和歌山県小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存治療費助成費等助成事業実施要綱第 1 1 条に該当することとなった場合は、直ちに助成金を返還すること。

様式第 5 号（第 1 0 条関係）

第 号
年 月 日

和歌山県小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存治療費等助成金不交付決定通知書

様

和歌山県知事



年 月 日付けで申請がありました和歌山県小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存治療費等（妊孕性温存治療分・温存後生殖補助医療分）助成金について、下記の理由により交付しないこととしたので通知します。

記

不交付とした理由

和歌山県知事 様

開設者の氏名（法人の場合は法人の名称と代表者の職・氏名）

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

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7号（第13条関係）

和歌山県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業
指定医療機関 変更・辞退届出書

年 月 日

和歌山県知事 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）

次のとおり { □変更があったので
□辞退したいので } 届け出ます。

[illegible]

※ □には、当てはまる方にチェックを入れてください。