

県内指定医療機関

下記が県内の指定医療機関となりますが、まずはがん治療を受けている医療機関の担当医にご相談ください。

| 名称 | 住所 | 妊よう性温存治療 | 温存後生殖補助医療 |
|----------------|---------------|----------|-----------|
| 高知大学医学部附属病院 | 南国市岡豊町小蓮185-1 | ○ | ○ |
| 高知医療センター | 高知市池2125-1 | ○ | ○ |
| レディースクリニックコスモス | 高知市杉井流6-27 | ○ | ○ |

申請期限

医療費を支払った日の属する年度の**3月10日まで**とします。
 受付に間に合うよう治療終了後はできるだけ早く申請してください。
 ただし、やむを得ない事情により、年度内に申請が困難と認められる場合は、翌年度に申請することができます。

申請方法

| 郵送の場合 | 持参の場合 |
|--|---|
| 簡易書留等、必ず記録が残る方法で送付してください 宛先：〒780-8570 高知県高知市丸ノ内1丁目2番20号 高知県健康政策部健康対策課 がん・企画担当 ※封筒の表面に「高知県妊よう性温存治療費補助金申請書在中」と朱書きしてください。 | 受付窓口：高知県健康政策部健康対策課 (高知県庁4階) 受付時間：月曜日から金曜日 (祝祭日、年末年始除く) 午前8時30分から午後5時15分 |

アプリの登録

※申請には、会員番号の取得が必要です。

日本がん・生殖医療学会が管理するJOFR連携患者アプリ「FSリンク」に登録をお願いいたします。
<https://www.j-sfp.org/fs/> (日本がん・生殖医療学会ウェブサイト「FSリンク」について)



がん相談窓口一覧

県内のがん相談窓口では、妊よう性に関する相談も受け付けています。(無料・匿名可)

| 施設名 | 住所 | 相談時間 (祝日除く) | 電話番号 |
|-----------------------------------|------------------|-------------------------|--------------|
| 高知大学医学部附属病院 『がん相談支援センター』 | 南国市岡豊町小蓮185-1 | 月～金 8:30～17:15 | 088-880-2179 |
| 高知医療センター 『がん相談支援センター』 | 高知市池2125-1 | 月～金 9:00～16:00 | 088-837-3863 |
| 県立幡多けんみん病院 『がん相談支援センター』 | 宿毛市山奈町芳奈3-1 | 月～金 8:30～17:15 | 0880-66-2222 |
| 県立あき総合病院 『がん相談支援センター』 | 安芸市宝永町3-33 | 月～金 8:30～17:15 | 0887-34-3111 |
| 国立病院機構高知病院 『がん相談支援センター』 | 高知市朝倉西町1-2-25 | 月～金 9:00～17:00 | 088-828-4465 |
| 高知赤十字病院 『がん相談支援センター』 | 高知市秦南町1丁目4-63-11 | 月～金 9:00～16:00 | 088-822-1201 |
| こうち男女共同参画センターソーレ 『がん相談センターこうち』 | 高知市旭町3-115 | 月～金、第2・4土 9:00～17:00 | 088-854-8762 |

問合せ先

健康政策部 健康対策課 がん・企画担当 TEL: 088-823-9674
 高知県が定める申請書類の様式は、以下のウェブサイトよりダウンロードできます。
<https://www.pref.kochi.lg.jp/doc/2021032100061/>



高知県妊よう性温存治療費への費用助成のご案内



「妊よう性」とは、「妊娠するための力」のことで、男性にも女性にも関わることです。
 がんの治療内容によっては、子どもを授かる力が弱まったり、失われたりすることがあります。
 高知県では、将来に希望を持ってがん治療に取り組んでいただけるよう、
 妊よう性温存治療及び温存後生殖補助医療に係る費用の一部を助成しています。

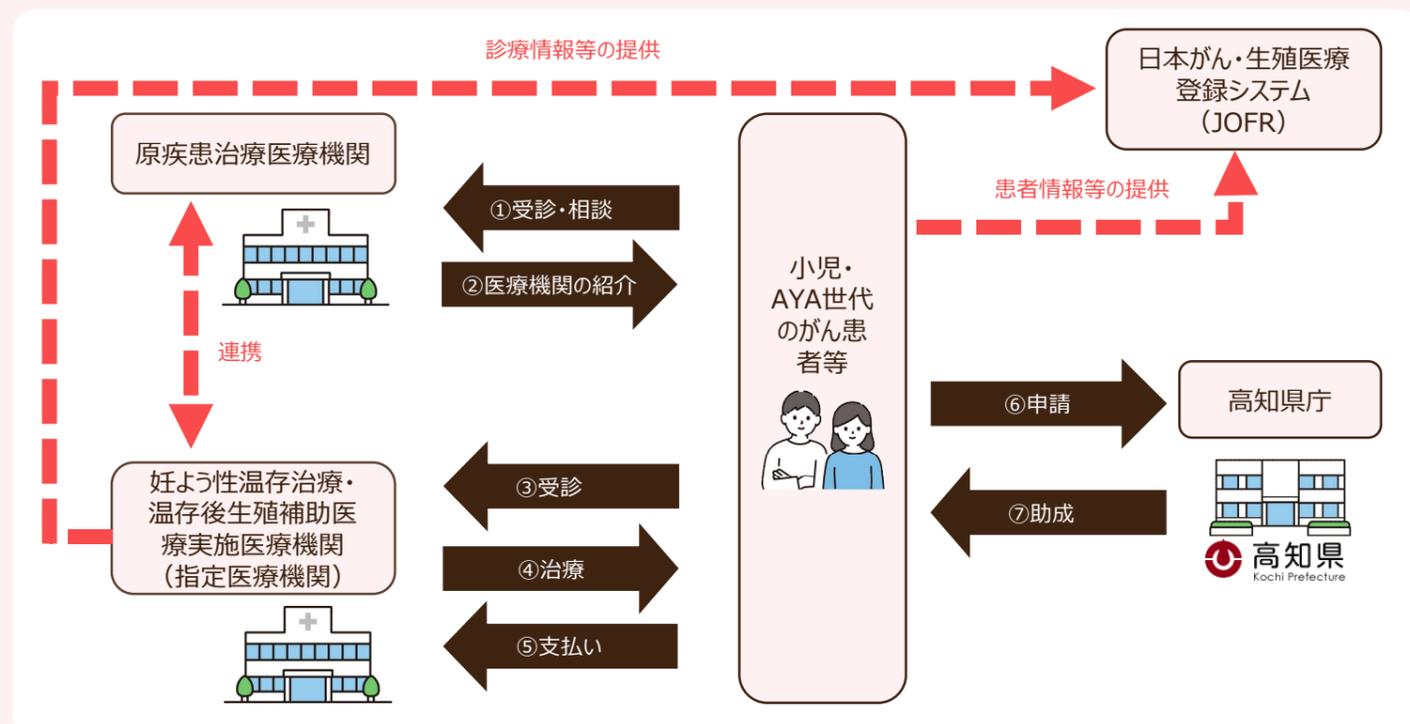
対象となる方

次のすべてに該当する方

| 妊よう性温存治療 | 温存後生殖補助医療 |
|--|---|
| 治療を始める前に、卵子や精子などを凍結保存することで、将来子どもを授かる可能性を残しておくことができます。 | 治療後に凍結保存していた卵子や精子などを用いて、妊娠のための治療を行うことができます。 |
| 1. 申請時において、高知県内に住所を有する方 2. 対象の治療について、重複して他の補助金等の交付を受けていない方 3. 指定医療機関で妊よう性温存治療を受けた方 4. 以下のいずれかの原疾患の治療を受けられる方 (1) 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 (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の方 (3) 造血幹細胞移植が実施される非がん疾患の方 (4) アルキル化剤が投与される非がん疾患の方 | 1. 申請時において、高知県内に住所を有する方 2. 対象の治療について、重複して他の補助金等の交付を受けていない方 3. 指定医療機関で温存後生殖補助医療を受けた方 4. 夫婦のいずれかが、妊よう性温存治療を受けた後に、温存後生殖補助医療を受けた方 5. 温存後生殖補助医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方 6. 婚姻関係(事実婚を含む)の確認ができる方 |

(※)「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」(一般社団法人日本癌治療学会)

申請手続き(フロー)



妊よう性温存治療費の助成

対象となる治療と助成額

| 対象となる治療 | 1回あたりの助成上限額 | | 助成回数 |
|--------------|-------------|--------|------|
| | ※1 | ※1以外の方 | |
| 胚（受精卵）の凍結 | 35万円 | 17万5千円 | 2回まで |
| 未受精卵子の凍結 | 20万円 | 10万円 | |
| 卵巣組織の凍結及び再移植 | 40万円 | 20万円 | |
| 精子の凍結 | 2万5千円 | 1万2千円 | |
| 精巣内精子採取・凍結 | 35万円 | 17万5千円 | |

※1 対象となる治療の凍結保存時に43歳未満で、本事業に基づく研究への臨床情報等の提供に同意できる方

対象経費

- 妊よう性温存治療及び初回凍結保存に要した医療保険適用外費用
- ・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
- ・妊よう性温存治療における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

申請書類

| ✓ | 必要書類 | 備考 |
|---|--|--|
| | 高知県妊よう性温存治療費補助金申請書（1-1号様式） | 申請者（未成年の場合はその法定代理人）が記載 |
| | 高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る証明書（1-2号・1-4号様式） | 医療機関で作成していただく書類です。主治医に記入を依頼してください。 |
| | 一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、領収金額内訳証明書（1-3号様式） | |
| | 住民票の写し原本 | ・申請日から3か月以内のもので、個人番号（マイナンバー）の記載がないもの ・対象者が未成年である場合は、対象者のものに加え、申請者本人のもので申請者が法定代理人であること（続柄）が分かるもの。 ※住民票で確認できない場合は、別途続柄を確認できる書類の提出が必要となります。 |
| | 妊よう性温存治療費の領収書及び診療明細書 | 原則、原本とします。領収書及び治療内容の詳細が確認できるもの（明細書等）が必要です。 |
| | 薬剤に係る領収書及び薬剤情報提供書 | |
| | カウンセリングに係る領収書及び診療明細書 妊よう性温存治療を受けるに至る意思決定を行ったカウンセリング費用 | |
| | 振込口座が分かるもの カナ名義、口座番号及び支店名がわかる通帳等の写し | 申請者と同一の名義であること |
| | 納税証明書の原本又は県税完納情報の提供に係る同意書（※1）及び本人確認書類の写し（※2） | 県税の滞納がないことを確認できるものがが必要です。 |
| | 婚姻関係を確認することができる書類 ※胚（受精卵）凍結に係る治療の場合 | ①法律婚の場合は、両人の戸籍謄本 ②事実婚の場合は、両人の戸籍謄本及び両人の住民票 ※事実婚で同一世帯でない場合は、両人の事実婚関係に関する申立書（1-5号様式） |

◎県税完納情報の提供に係る同意書（※1）及び本人確認書類の写し（※2）について

※1：高知県税務課が別に定める「県税完納情報提供事務処理要領」における第4号様式。

※2：マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写しなど。

（注）マイナンバーカードは表面のみコピー（裏面はマイナンバーの表示があるため、提出は不可）、健康保険証の保険者番号及び被保険者等記号・番号は復元できない程度にマスキング処理を施す等してください。

温存後生殖補助医療費の助成

対象となる治療と助成額

| 対象となる治療 | 1回あたりの助成上限額 | | 助成回数 初回申請の治療期間の初日における妻の年齢 |
|-------------------------|-------------|--------|------------------------------------|
| | ※1 | ※1以外の方 | |
| 凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療 | 10万円 | 5万円 | 【40歳未満】 6回まで 【40歳以上】 3回まで |
| 凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療※2 | 25万円 | 12万5千円 | |
| 凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療※2～5 | 30万円 | 15万円 | |
| 凍結した精子を用いた生殖補助医療※2～5 | 30万円 | 15万円 | |

※1 温存後生殖補助医療に係る治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満の方で、本事業に基づく研究への臨床情報等の提供に同意できる方

※2 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施する場合は10万円

※3 人工受精を実施する場合は1万円

※4 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

※5 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

対象経費

- 温存後生殖補助医療に要した医療保険適用外費用
- ・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
- ・温存後生殖医療における主たる治療を医療保険適用で実施している場合には、先進医療等の自己負担分は対象外

申請書類

| ✓ | 必要書類 | 備考 |
|---|---|---|
| | 高知県妊よう性温存治療費補助金申請書（8-1号様式） | 申請者が記載 |
| | 高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る証明書（8-2号様式） | 医療機関で作成していただく書類です。主治医に記入を依頼してください。 |
| | 一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、領収金額内訳証明書（8-3号様式） | |
| | 住民票の写し原本 | 申請日から3か月以内のもので、個人番号（マイナンバー）の記載がないもの |
| | 温存後生殖補助医療費の領収書及び診療明細書 | 原則、原本とします。領収書及び治療内容の詳細が確認できるもの（明細書等）が必要です。 |
| | 薬剤に係る領収書及び薬剤情報提供書 | |
| | カウンセリングに係る領収書及び診療明細書 ※妊よう性温存治療を受けるに至る意思決定を行ったカウンセリング費用 | |
| | 振込口座が分かるもの （カナ名義、口座番号及び支店名がわかる通帳等の写し） | 申請者と同一の名義であること |
| | 納税証明書の原本又は県税完納情報の提供に係る同意書（※1）及び本人確認書類の写し（※2） | 県税の滞納がないことを確認できるものがが必要です。 |
| | 婚姻関係を確認することができる書類 | ①法律婚の場合は、両人の戸籍謄本 ②事実婚の場合は、両人の戸籍謄本及び両人の住民票 ※事実婚で同一世帯でない場合は、両人の事実婚関係に関する申立書（8-4号様式） |
| | 助成回数をリセットし、新たに申請する時に必要な書類 | ①助成を受けた後に出産した場合は、出生に至った事実を確認できる書類（住民票、戸籍謄本等） ②妊娠12週以降に死産に至った場合は、事実を確認できる書類（死産届の写し等） |