

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業） 新旧対照表

新	旧
高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱 （高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業） 第1条～第2条 （略） 第3条（1）～（3） （略） （4） ア （ア）「小児・<u>AYA 世代</u>がん患者等^{よう}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）の妊よう性低下リスク分類に示された治療 （イ）～（エ） 、イ （略） （5） （略） 第4条～第6条 （略） （申請） 第7条 （1） ア 高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る証明書（妊よう性温存治療分）（別記第1－2号様式） イ （略） <u>ウ 高知県妊よう性温存治療費補助金申請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）（別記第1－4－1号様式及び別記第1－4－2号様式）</u>	高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業） 第1条～第2条 （略） 第3条（1）～（3） （略） （4） ア （ア）「小児、<u>思春期・若年</u>がん患者^{よう}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）の妊よう性低下リスク分類に示された治療<u>のうち、高・中間・低リスクの治療</u> （イ）～（エ） 、イ （略） （5） （略） 第4条～第6条 （略） （申請） 第7条 （1） ア 高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る証明書（妊よう性温存治療分）（別記第1－2号様式<u>及び別記第1－4号様式</u>） イ （略） <u>（新設）</u>

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業） 新旧対照表

新	旧
エ 住民票の写し原本（申請日から３月以内のもので、個人番号（マイナンバー）の記載のないもの。対象者が未成年である場合は、対象者のものに加え、妊よう性温存治療に係る申請者本人のもので妊よう性温存治療に係る申請者が法定代理人であること（続柄）が分かるもの。ただし、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を求める。） オ 医療機関が発行した補助の対象となる妊よう性温存治療費の領収書及び診療明細書等の診療内容が分かる書類（原則として原本） カ 申請する妊よう性温存治療に係る薬剤処方を含めて申請する場合は、薬剤に係る領収書及び薬剤情報提供書等の処方薬剤の種類が分かる書類（原則として原本） キ 申請する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を含めて申請する場合は、カウンセリングに係る領収書及び診療明細書等のカウンセリングを受けたことが分かる書類（原則として原本） ク 補助金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義、口座番号及び支店名が確認できるものの写し ケ 納税証明書の原本（県税の滞納がないことを確認することができるもの。）又は県税完納情報の提供に係る同意書及び本人確認書類の写し コ 胚（受精卵）凍結に係る治療の場合は、婚姻関係を確認することができる書類 （ア） 法律婚の場合においては、両人の戸籍謄本 （イ） 事実婚の場合においては、次の書類 a 両人の戸籍謄本（他に婚姻関係がないことの確認） b 両人の住民票（同一世帯であることの確認。同一世帯でない場合は、 c でその理由について提出すること。） c 両人の事実婚関係に関する申立書（別記第１－５号様式） サ その他知事が必要と認める書類	ウ 住民票の写し原本（申請日から３月以内のもので、個人番号（マイナンバー）の記載のないもの。対象者が未成年である場合は、対象者のものに加え、妊よう性温存治療に係る申請者本人のもので妊よう性温存治療に係る申請者が法定代理人であること（続柄）が分かるもの。ただし、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を求める。） エ 医療機関が発行した補助の対象となる妊よう性温存治療費の領収書及び診療明細書等の診療内容が分かる書類（原則として原本） オ 申請する妊よう性温存治療に係る薬剤処方を含めて申請する場合は、薬剤に係る領収書及び薬剤情報提供書等の処方薬剤の種類が分かる書類（原則として原本） カ 申請する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を含めて申請する場合は、カウンセリングに係る領収書及び診療明細書等のカウンセリングを受けたことが分かる書類（原則として原本） キ 補助金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義、口座番号及び支店名が確認できるものの写し ク 納税証明書の原本（県税の滞納がないことを確認することができるもの。）又は県税完納情報の提供に係る同意書及び本人確認書類の写し ケ 胚（受精卵）凍結に係る治療の場合は、婚姻関係を確認することができる書類 （ア） 法律婚の場合においては、両人の戸籍謄本 （イ） 事実婚の場合においては、次の書類 a 両人の戸籍謄本（他に婚姻関係がないことの確認） b 両人の住民票（同一世帯であることの確認。同一世帯でない場合は、 c でその理由について提出すること。） c 両人の事実婚関係に関する申立書（別記第１－５号様式） コ その他知事が必要と認める書類

新	旧
(2) ア・イ (略) <u>ウ 高知県妊よう性温存治療費補助金申請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）（別記第1－4－1号様式及び別記第1－4－2号様式）</u> <u>ただし、妊よう性温存治療費分の申請時に、別記第1－1号様式の添付書類として様式第1－4－1号及び様式第1－4－2号を既に提出している場合、再度の提出は不要とする。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の提出を求める。</u> <u>エ</u> 住民票の写し原本（申請日から3月以内のもので、個人番号（マイナンバー）の記載のないもの） <u>オ</u> 医療機関が発行した補助の対象となる温存後生殖補助医療費の領収書及び診療明細書等の診療内容が分かる書類（原則として原本） <u>カ</u> 申請する温存後生殖補助医療に係る薬剤処方を含めて申請する場合は、薬剤に係る領収書及び薬剤情報提供書等の処方薬剤の種類が分かる書類（原則として原本） <u>キ</u> 申請する温存後生殖補助医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を含めて申請する場合は、カウンセリングに係る領収書及び診療明細書等のカウンセリングを受けたことが分かる書類（原則として原本） <u>ク</u> 補助金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義、口座番号及び支店名が確認できるものの写し <u>ケ</u> 納税証明書の原本（県税の滞納がないことを確認することができるもの）又は県税完納情報の提供に係る同意書及び本人確認書類の写し <u>コ</u> 婚姻関係を確認することができる書類 (ア) 法律婚の場合においては、両人の戸籍謄本 (イ) 事実婚の場合においては、次の書類	(2) ア・イ (略) <u>(新設)</u> <u>ウ</u> 住民票の写し原本（申請日から3月以内のもので、個人番号（マイナンバー）の記載のないもの） <u>エ</u> 医療機関が発行した補助の対象となる温存後生殖補助医療費の領収書及び診療明細書等の診療内容が分かる書類（原則として原本） <u>オ</u> 申請する温存後生殖補助医療に係る薬剤処方を含めて申請する場合は、薬剤に係る領収書及び薬剤情報提供書等の処方薬剤の種類が分かる書類（原則として原本） <u>カ</u> 申請する温存後生殖補助医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を含めて申請する場合は、カウンセリングに係る領収書及び診療明細書等のカウンセリングを受けたことが分かる書類（原則として原本） <u>キ</u> 補助金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義、口座番号及び支店名が確認できるものの写し <u>ク</u> 納税証明書の原本（県税の滞納がないことを確認することができるもの）又は県税完納情報の提供に係る同意書及び本人確認書類の写し <u>ケ</u> 婚姻関係を確認することができる書類 (ア) 法律婚の場合においては、両人の戸籍謄本 (イ) 事実婚の場合においては、次の書類

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業） 新旧対照表

新	旧
a 両人の戸籍謄本（他に婚姻関係がないことの確認） b 両人の住民票（同一世帯であることの確認。同一世帯でない場合は、c でその理由について提出すること。） c 両人の事実婚関係に関する申立書（別記第8－4号様式） <u>サ</u> これまで受けた助成回数をリセットする場合は、次の書類 （ア） 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（住民票及び戸籍謄本等） （イ） 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） <u>シ</u> その他知事が必要と認める書類 （3） （略） 第8条～第16条 （略） 附 則 1 この要綱は、令和3年5月7日から施行し、同年4月1日から適用する。 2 この要綱は、令和8年5月31日限り、その効力を失う。ただし、この要綱に基づき交付された補助金については、第9条から第12条まで及び第15条の規定は、同日以降もその効力を有する。 <u>附 則</u> <u>1 この要綱は、令和7年4月24日から施行し、同年4月1日から適用する。</u> <u>2 改正後の高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）の規定は、この要綱の適用日以後に妊よう性温存治療を開始した者の交付について適用し、同日前に治療を開始した者の決定については、なお従前の例による。</u>	a 両人の戸籍謄本（他に婚姻関係がないことの確認） b 両人の住民票（同一世帯であることの確認。同一世帯でない場合は、c でその理由について提出すること。） c 両人の事実婚関係に関する申立書（別記第8－4号様式） <u>コ</u> これまで受けた助成回数をリセットする場合は、次の書類 （ア） 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（住民票及び戸籍謄本等） （イ） 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） <u>サ</u> その他知事が必要と認める書類 （3） （略） 第8条～第16条 （略） 附 則 1 この要綱は、令和3年5月7日から施行し、同年4月1日から適用する。 2 この要綱は、令和8年5月31日限り、その効力を失う。ただし、この要綱に基づき交付された補助金については、第9条から第12条まで及び第14条の規定は、同日以降もその効力を有する。 <u>（新設）</u>

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業） 新旧対照表

新	旧
別表第 1－1（<u>第 3 条</u>、第 4 条、<u>第 6 条</u>関係） 1～2 （略） 別表第 1－2（<u>第 3 条</u>、第 4 条、<u>第 6 条</u>関係） 1～3 （略） 別表第 2 （略） 別表第 3（第 10 条関係） 実施方法（指定医療機関及び原疾患治療施設） 1 （略） 2 指定医療機関の指定を受けようとする医療機関は指定申請書（別記第 4－1 号<u>様式</u>）を都道府県知事に提出する。 3～5 （略） 6 原疾患治療証明書の交付 原疾患治療施設は、妊よう性温存治療及び<u>温存後生殖補助医療</u>の対象者に対して第 3 条第 4 号アに規定する治療を実施したこと又は実施予定であることを証明する原疾患治療証明書（別記第 <u>1－4－1 号様式及び別記第 1－4－2 号様式</u>）を交付する。 7～9 （略） 第 1－1 号様式（第 7 条関係）	別表第 1－1（第 4 条関係） 1～2 （略） 別表第 1－2（第 4 条関係） 1～3 （略） 別表第 2 （略） 別表第 3（第 10 条関係） 実施方法（指定医療機関及び原疾患治療施設） 1～5 （略） 2 指定医療機関の指定を受けようとする医療機関は指定申請書（別記<u>様式</u>第 4－1 号）を都道府県知事に提出する。 3～5 （略） 6 原疾患治療証明書の交付 原疾患治療施設は、<u>妊よう性温存治療</u>の対象者に対して第 3 条第 4 号アに規定する治療を実施したこと又は実施予定であることを証明する原疾患治療証明書（別記様式第 <u>1－4 号</u>）を交付する。 7～9 （略） <u>別記</u>第 1－1 号様式（第 7 条関係）

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業） 新旧対照表

新										旧									
第1-1号様式（第7条関係） （表） 高知県妊よう性温存治療費補助金申請書（妊よう性温存治療分） 高知県知事 様 次のとおり申請します。 申請日 年 月 日										別記 第1-1号様式（第7条関係） （表） 高知県妊よう性温存治療費補助金申請書（妊よう性温存治療分） 高知県知事 様 次のとおり申請します。 申請日 年 月 日									
申請者 ふりがな 妊よう性温存治療を受けた者との関係 氏名 生年月日 年 月 日生（ ）歳 性別 男 ・ 女 住所 〒 ー 電話番号 【 自宅 ・ 携帯 ・ その他（ ） 】 患者アプリ番号 (12桁) 患者アプリを登録出来ない場合はその理由 ※原則必須										申請者 ふりがな 妊よう性温存治療を受けた者との関係 氏名 生年月日 年 月 日生（ ）歳 性別 男 ・ 女 住所 〒 ー 電話番号 【 自宅 ・ 携帯 ・ その他（ ） 】 患者アプリ番号 (12桁) 患者アプリを登録出来ない場合はその理由 ※原則必須									
妊よう性温存治療を受けた者（申請者と同一であれば記入不要） ふりがな 氏名 生年月日 年 月 日生（ ）歳 性別 男 ・ 女 住所 〒 ー 電話番号 【 自宅 ・ 携帯 ・ その他（ ） 】										妊よう性温存治療を受けた者（申請者と同一であれば記入不要） ふりがな 氏名 生年月日 年 月 日生（ ）歳 性別 男 ・ 女 住所 〒 ー 電話番号 【 自宅 ・ 携帯 ・ その他（ ） 】									
妊よう性温存療法研究促進事業(妊よう性温存治療分)の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください) ★助成回数は通算2回までです 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 { }										妊よう性温存療法研究促進事業(妊よう性温存治療分)の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください) ★助成回数は通算2回までです 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 { }									
高知県妊よう性温存治療費補助金の対象となる費用について、他の補助金等の交付を受けていますか。 はい ・ いいえ 他の補助金等の申請と治療内容が重複する場合、双方での補助申請は認められません										高知県妊よう性温存治療費補助金の対象となる費用について、他の補助金等の交付を受けていますか。 はい ・ いいえ 他の補助金等の申請と治療内容が重複する場合、双方での補助申請は認められません									
振込先指定口座（申請者の名義） 金融機関名 銀行 金庫 農協 口座種別 口座番号 口座名義 （ふりがな）										振込先指定口座（申請者の名義） 金融機関名 銀行 金庫 農協 口座種別 口座番号 口座名義 （ふりがな）									
添付書類（添付したものに☑） □1 高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る証明書（第1-2号様式） □2 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（第1-3号様式） □3 高知県妊よう性温存治療費補助金申請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（第1-4-1号様式及び第1-4-2号様式） □4 住民票の写し原本（申請日から3月以内のもので、高知県内に住所を有していることが確認できるもの。） □5 医療機関が発行した補助の対象となる妊よう性温存治療費の領収書及び診療明細書等の診療内容が分かる書類（原則、原本） □6 申請する妊よう性温存治療に係る薬剤処方を含めて申請する場合は、薬剤に係る領収書及び薬剤情報提供書等の処方薬剤の種類が分かる書類（原則、原本） □7 申請する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を含めて申請する場合は、カウンセリングに係る領収書及び診療明細書等のカウンセリングを受けたことが分かる書類（原則、原本） □8 補助金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義、口座番号及び支店名が確認することができるものの写し □9 納税証明書の原本（県税の滞納がないことを確認できるもの。）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） ※1・2：裏面参照 □10 【胚凍結の場合】婚姻関係を証明することができる書類 □11 その他知事が必要と認める書類										添付書類（添付したものに☑） □1 高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る証明書（別記第1-2号様式及び別記第1-4号様式） □2 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（別記第1-3号様式） □3 住民票の写し原本（申請日から3月以内のもので、高知県内に住所を有していることが確認できるもの。） □4 医療機関が発行した補助の対象となる妊よう性温存治療費の領収書及び診療明細書等の診療内容が分かる書類（原則、原本） □5 申請する妊よう性温存治療に係る薬剤処方を含めて申請する場合は、薬剤に係る領収書及び薬剤情報提供書等の処方薬剤の種類が分かる書類（原則、原本） □6 申請する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を含めて申請する場合は、カウンセリングに係る領収書及び診療明細書等のカウンセリングを受けたことが分かる書類（原則、原本） □7 補助金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義、口座番号及び支店名が確認することができるものの写し □8 納税証明書の原本（県税の滞納がないことを確認できるもの。）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） ※1・2：裏面参照 □9 【胚凍結の場合】婚姻関係を証明することができる書類 □10 その他知事が必要と認める書類									
主治医から、妊よう性温存治療について十分な説明を受け、理解した上で、妊よう性温存治療を受けましたので、裏面の注意事項を理解の上、必要書類を添えて申請します。 また、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） ※同意項目に☑ □本事業の趣旨を理解し、43歳未満においては、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治療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者に対して当該の情報を提供すること。 □補助の適性を判断するために必要な場合、県が妊よう性温存治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会すること。 □本事業の助成状況について他の都道府県や市町村、担当部署へ照会及び提供すること。 □高知県のがん対策の推進に必要な目的（施策の立案や調査及び分析等）において申請内容を利用すること。										主治医から、妊よう性温存治療について十分な説明を受け、理解した上で、妊よう性温存治療を受けましたので、裏面の注意事項を理解の上、必要書類を添えて申請します。 また、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） ※同意項目に☑ □本事業の趣旨を理解し、43歳未満においては、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治療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者に対して当該の情報を提供すること。 □補助の適性を判断するために必要な場合、県が妊よう性温存治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会すること。 □本事業の助成状況について他の都道府県や市町村、担当部署へ照会及び提供すること。 □高知県のがん対策の推進に必要な目的（施策の立案や調査及び分析等）において申請内容を利用すること。									
年 月 日 申請額 円 申請者氏名（自署） 助成決定金額 ※高知県使用欄 円										年 月 日 申請額 円 申請者氏名（自署） 助成決定金額 ※高知県使用欄 円									

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業） 新旧対照表

新

(裏)

◎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：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：補助事業者が個人の場合は、マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。
補助事業者が法人の場合は、法人代表者のマイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。
(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、提出は不可とする。）、健康保険証は申請時点で有効期限内のものとし、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。

◎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、高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、妊よう性温存治療に要した医療保険適用外費用であり、精子は25,000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40万円が上限です。補助率は高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）の別表1に定めるとおりです。ただし、当該補助額に1,000円未満の端数を生じた場合は、これを切り捨てるものとします。

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

7 本事業の対象となる治療について、重複して他の補助金等の交付を受けることはできません。

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、1－4－1号及び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。（本事業の補助対象外）

10 本事業に参加する方の妊よう性温存治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（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。

11 書類に不備がある場合、補助金を交付できないことがありますので、ご注意ください。

12 本事業は、妊よう性温存治療に要する費用を申請に基づき高知県が補助するものであり、原疾患の治療及び妊よう性温存治療、妊よう性温存治療後の妊娠等、その医療の内容について高知県が保証し、又は責任を負うものではありません。

◎個人情報の取扱いについて

得られた個人情報は、補助金の交付事務、同意事項及び高知県のがん対策の推進に必要な目的（施策の立案や調査及び分析等）以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。

申請方法

郵送の場合（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。

持参の場合
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、年末年始を除く。）
午前8時30分から午後5時15分

問合せ先
高知県健康政策部健康対策課 がん・企画担当 電話：088-823-9674（直通）

旧

(裏)

◎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：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：補助事業者が個人の場合は、マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。
補助事業者が法人の場合は、法人代表者のマイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。
(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、提出は不可とする。）、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。

◎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、高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、妊よう性温存治療に要した医療保険適用外費用であり、精子は25,000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40万円が上限です。補助率は高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）の別表1に定めるとおりです。ただし、当該補助額に1,000円未満の端数を生じた場合は、これを切り捨てるものとします。

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

7 本事業の対象となる治療について、重複して他の補助金等の交付を受けることはできません。

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。（本事業の補助対象外）

10 本事業に参加する方の妊よう性温存治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（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。

11 書類に不備がある場合、補助金を交付できないことがありますので、ご注意ください。

12 本事業は、妊よう性温存治療に要する費用を申請に基づき高知県が補助するものであり、原疾患の治療及び妊よう性温存治療、妊よう性温存治療後の妊娠等、その医療の内容について高知県が保証し、又は責任を負うものではありません。

◎個人情報の取扱いについて

得られた個人情報は、補助金の交付事務、同意事項及び高知県のがん対策の推進に必要な目的（施策の立案や調査及び分析等）以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。

申請方法

郵送の場合（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。

持参の場合
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、年末年始を除く。）
午前8時30分から午後5時15分

問合せ先
高知県健康政策部健康対策課 がん・企画担当 電話：088-823-9674（直通）

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業） 新旧対照表

新		旧																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
第1－2号様式（第7条関係）		別記第1－2号様式（第7条関係）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
第1－2号様式（第7条関係）（妊よう性温存治療実施医療機関において記載） （表） 高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る証明書（妊よう性温存療法実施医療機関） 高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）で示す対象者要件を満たす者に対し、妊よう性温存治療（※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 妊よう性温存治療主治医氏名（※主治医が自署） <table border="1"> <tr> <td rowspan="4">妊よう性温存療法を受けた者</td> <td>ふりがな</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日生</td> <td>性別</td> <td colspan="10">男 ・ 女</td> </tr> <tr> <td>患者アプリ番号(12桁)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>患者アプリ登録が無い場合、その理由</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">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の対象医療機関ですか。</td> <td colspan="15">はい ・ いいえ</td> </tr> <tr> <td colspan="3">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</td> <td colspan="15">医療機関の名称（ ） 原疾患主治医の氏名（ ）</td> </tr> <tr> <td colspan="3">妊よう性温存療法研究促進事業（妊よう性温存治療）の申請回数 （いずれかの番号に○を付けてください） ★助成回数は通算2回までです</td> <td colspan="15"> 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 { } </td> </tr> <tr> <td rowspan="10">治療方法</td> <td rowspan="6">I</td> <td colspan="15">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○を記入）</td> </tr> <tr> <td>1 精子凍結保存</td> <td colspan="14">妊よう性温存治療開始日（ 年 月 日） 凍結保存日（ 年 月 日） 妊よう性温存治療終了日（ 年 月 日） （上記実施日と同じ場合も記載してください。） 備考（ ）</td> </tr> <tr> <td>2 精子凍結保存（精巣内精子採取）</td> <td colspan="14"></td> </tr> <tr> <td colspan="15">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○を記入）</td> </tr> <tr> <td>1 胚（受精卵）凍結保存</td> <td colspan="14">妊よう性温存治療開始日（ 年 月 日） 凍結保存日（ 年 月 日） 妊よう性温存治療終了日（ 年 月 日） （上記実施日と同じ場合も記載してください。） 備考（ ）</td> </tr> <tr> <td>2 未受精卵子凍結保存</td> <td colspan="14"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">II</td> <td>3 卵巣組織凍結保存</td> <td colspan="14"></td> </tr> <tr> <td colspan="15">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（ ）</td> </tr> <tr> <td colspan="2">領収金額合計</td> <td colspan="15">今回の治療に要した補助対象費用合計 領収金額 円（内訳は裏面のとおり）</td> </tr> <tr> <td colspan="2">備考（※3）</td> <td colspan="15"></td> </tr> </table> ※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 妊よう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。		妊よう性温存療法を受けた者	ふりがな																氏名																生年月日	年	月	日生	性別	男 ・ 女										患者アプリ番号(12桁)															患者アプリ登録が無い場合、その理由			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の対象医療機関ですか。			はい ・ 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（ ） 原疾患主治医の氏名（ ）															妊よう性温存療法研究促進事業（妊よう性温存治療）の申請回数 （いずれかの番号に○を付けてください） ★助成回数は通算2回までです			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○を記入）															1 精子凍結保存	妊よう性温存治療開始日（ 年 月 日） 凍結保存日（ 年 月 日） 妊よう性温存治療終了日（ 年 月 日） （上記実施日と同じ場合も記載してください。） 備考（ ）														2 精子凍結保存（精巣内精子採取）															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○を記入）															1 胚（受精卵）凍結保存	妊よう性温存治療開始日（ 年 月 日） 凍結保存日（ 年 月 日） 妊よう性温存治療終了日（ 年 月 日） （上記実施日と同じ場合も記載してください。） 備考（ ）														2 未受精卵子凍結保存															II	3 卵巣組織凍結保存															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		今回の治療に要した補助対象費用合計 領収金額 円（内訳は裏面のとおり）															備考（※3）																	別記第1－2号様式（第7条関係）（妊よう性温存治療実施医療機関において記載） （表） 高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る証明書（妊よう性温存療法実施医療機関） 高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）で示す対象者要件を満たす者に対し、妊よう性温存治療（※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 妊よう性温存治療主治医氏名（※主治医が自署） <table border="1"> <tr> <td rowspan="4">妊よう性温存療法を受けた者</td> <td>ふりがな</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="15"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日生</td> <td>性別</td> <td colspan="10">男 ・ 女</td> </tr> <tr> <td>患者アプリ番号(12桁)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>患者アプリ登録が無い場合、その理由</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">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の対象医療機関ですか。</td> <td colspan="15">はい ・ いいえ</td> </tr> <tr> <td colspan="3">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</td> <td colspan="15">医療機関の名称（ ） 原疾患主治医の氏名（ ）</td> </tr> <tr> <td colspan="3">妊よう性温存療法研究促進事業（妊よう性温存治療）の申請回数 （いずれかの番号に○を付けてください） ★助成回数は通算2回までです</td> <td colspan="15"> 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 { } </td> </tr> <tr> <td rowspan="10">治療方法</td> <td rowspan="6">I</td> <td colspan="15">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○を記入）</td> </tr> <tr> <td>1 精子凍結保存</td> <td colspan="14">妊よう性温存治療開始日（ 年 月 日） 凍結保存日（ 年 月 日） 妊よう性温存治療終了日（ 年 月 日） （上記実施日と同じ場合も記載してください。） 備考（ ）</td> </tr> <tr> <td>2 精子凍結保存（精巣内精子採取）</td> <td colspan="14"></td> </tr> <tr> <td colspan="15">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○を記入）</td> </tr> <tr> <td>1 胚（受精卵）凍結保存</td> <td colspan="14">妊よう性温存治療開始日（ 年 月 日） 凍結保存日（ 年 月 日） 妊よう性温存治療終了日（ 年 月 日） （上記実施日と同じ場合も記載してください。） 備考（ ）</td> </tr> <tr> <td>2 未受精卵子凍結保存</td> <td colspan="14"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">II</td> <td>3 卵巣組織凍結保存</td> <td colspan="14"></td> </tr> <tr> <td colspan="15">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（ ）</td> </tr> <tr> <td colspan="2">領収金額合計</td> <td colspan="15">今回の治療に要した補助対象費用合計 領収金額 円（内訳は裏面のとおり）</td> </tr> <tr> <td colspan="2">備考（※3）</td> <td colspan="15"></td> </tr> </table> ※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 妊よう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。		妊よう性温存療法を受けた者	ふりがな																氏名																生年月日	年	月	日生	性別	男 ・ 女										患者アプリ番号(12桁)														患者アプリ登録が無い場合、その理由			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の対象医療機関ですか。			はい ・ 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（ ） 原疾患主治医の氏名（ ）															妊よう性温存療法研究促進事業（妊よう性温存治療）の申請回数 （いずれかの番号に○を付けてください） ★助成回数は通算2回までです			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○を記入）															1 精子凍結保存	妊よう性温存治療開始日（ 年 月 日） 凍結保存日（ 年 月 日） 妊よう性温存治療終了日（ 年 月 日） （上記実施日と同じ場合も記載してください。） 備考（ ）														2 精子凍結保存（精巣内精子採取）															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○を記入）															1 胚（受精卵）凍結保存	妊よう性温存治療開始日（ 年 月 日） 凍結保存日（ 年 月 日） 妊よう性温存治療終了日（ 年 月 日） （上記実施日と同じ場合も記載してください。） 備考（ ）														2 未受精卵子凍結保存															II	3 卵巣組織凍結保存															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		今回の治療に要した補助対象費用合計 領収金額 円（内訳は裏面のとおり）															備考（※3）																
妊よう性温存療法を受けた者	ふりがな																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
	氏名																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
	生年月日		年	月	日生	性別	男 ・ 女																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	患者アプリ番号(12桁)															患者アプリ登録が無い場合、その理由																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
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の対象医療機関ですか。			はい ・ 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（ ） 原疾患主治医の氏名（ ）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
妊よう性温存療法研究促進事業（妊よう性温存治療）の申請回数 （いずれかの番号に○を付けてください） ★助成回数は通算2回までです			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○を記入）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
		1 精子凍結保存	妊よう性温存治療開始日（ 年 月 日） 凍結保存日（ 年 月 日） 妊よう性温存治療終了日（ 年 月 日） （上記実施日と同じ場合も記載してください。） 備考（ ）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
		2 精子凍結保存（精巣内精子採取）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
		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○を記入）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
		1 胚（受精卵）凍結保存	妊よう性温存治療開始日（ 年 月 日） 凍結保存日（ 年 月 日） 妊よう性温存治療終了日（ 年 月 日） （上記実施日と同じ場合も記載してください。） 備考（ ）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
		2 未受精卵子凍結保存																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	II	3 卵巣組織凍結保存																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
		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		今回の治療に要した補助対象費用合計 領収金額 円（内訳は裏面のとおり）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
	備考（※3）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
妊よう性温存療法を受けた者	ふりがな																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
	氏名																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
	生年月日	年	月	日生	性別	男 ・ 女																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	患者アプリ番号(12桁)														患者アプリ登録が無い場合、その理由																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
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の対象医療機関ですか。			はい ・ 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（ ） 原疾患主治医の氏名（ ）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
妊よう性温存療法研究促進事業（妊よう性温存治療）の申請回数 （いずれかの番号に○を付けてください） ★助成回数は通算2回までです			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○を記入）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
		1 精子凍結保存	妊よう性温存治療開始日（ 年 月 日） 凍結保存日（ 年 月 日） 妊よう性温存治療終了日（ 年 月 日） （上記実施日と同じ場合も記載してください。） 備考（ ）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
		2 精子凍結保存（精巣内精子採取）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
		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○を記入）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
		1 胚（受精卵）凍結保存	妊よう性温存治療開始日（ 年 月 日） 凍結保存日（ 年 月 日） 妊よう性温存治療終了日（ 年 月 日） （上記実施日と同じ場合も記載してください。） 備考（ ）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
		2 未受精卵子凍結保存																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	II	3 卵巣組織凍結保存																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
		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		今回の治療に要した補助対象費用合計 領収金額 円（内訳は裏面のとおり）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
	備考（※3）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業） 新旧対照表

新	旧																																																																																																																																																								
第 1－3 号様式（第 7 条関係） 第 1－3 号様式（第 7 条関係）（妊よう性温存治療実施医療機関の連携機関において記載） 高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る領収金額内訳証明書 （妊よう性温存治療実施医療機関の連携機関） 高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）で示す対象者要件を満たす者に対し、妊よう性温存治療実施医療機関の指導に基づく妊よう性温存治療の一部（※ 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（※主治医が自署） <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width: 10%;">妊よう性 温存治療 を受けた者</td> <td style="width: 10%;">ふりがな</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日生</td> <td>性別</td> <td>男 ・ 女</td> </tr> <tr> <td colspan="2">妊よう性温存療法を受ける患者の紹介を受け た妊よう性温存治療指定医療機関名と当該医 師名</td> <td colspan="4">医療機関の名称（ 妊よう性温存治療主治医の氏名 ）</td> </tr> <tr> <td>領収金額 合計 ※ 2</td> <td colspan="5">円（内訳は以下のとおり）</td> </tr> <tr> <td rowspan="6" style="text-align: center;">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" style="text-align: center;">日付※ 3</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">円</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">円</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">円</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">円</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">合計</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="6">備考</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">治療期間</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">年 月 日 ～ 年 月 日</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">領収金額に関する問合せ先</th> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">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> ※ 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。 ※ 3 領収書の日付をご記載ください。	妊よう性 温存治療 を受けた者	ふりがな					氏名					生年月日	年	月	日生	性別	男 ・ 女	妊よう性温存療法を受ける患者の紹介を受け た妊よう性温存治療指定医療機関名と当該医 師名		医療機関の名称（ 妊よう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	日付※ 3				円					円					円					円				合計	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		別記第 1－3 号様式（第 7 条関係） 別記 第 1－3 号様式（第 7 条関係）（妊よう性温存治療実施医療機関の連携機関において記載） 高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る領収金額内訳証明書 （妊よう性温存治療実施医療機関の連携機関） 高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）で示す対象者要件を満たす者に対し、妊よう性温存治療実施医療機関の指導に基づく妊よう性温存治療の一部（※ 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（※主治医が自署） <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width: 10%;">妊よう性 温存治療 を受けた者</td> <td style="width: 10%;">ふりがな</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日生</td> <td>性別</td> <td>男 ・ 女</td> </tr> <tr> <td colspan="2">妊よう性温存療法を受ける患者の紹介を受け た妊よう性温存治療指定医療機関名と当該医 師名</td> <td colspan="4">医療機関の名称（ 妊よう性温存治療主治医の氏名 ）</td> </tr> <tr> <td>領収金額 合計 ※ 2</td> <td colspan="5">円（内訳は以下のとおり）</td> </tr> <tr> <td rowspan="6" style="text-align: center;">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" style="text-align: center;">日付※ 3</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">円</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">円</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">円</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">円</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">合計</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="6">備考</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">治療期間</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">年 月 日 ～ 年 月 日</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">領収金額に関する問合せ先</th> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">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> ※ 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。 ※ 3 領収書の日付をご記載ください。	妊よう性 温存治療 を受けた者	ふりがな					氏名					生年月日	年	月	日生	性別	男 ・ 女	妊よう性温存療法を受ける患者の紹介を受け た妊よう性温存治療指定医療機関名と当該医 師名		医療機関の名称（ 妊よう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	日付※ 3				円					円					円					円				合計	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	
妊よう性 温存治療 を受けた者		ふりがな																																																																																																																																																							
		氏名																																																																																																																																																							
	生年月日	年	月	日生	性別	男 ・ 女																																																																																																																																																			
妊よう性温存療法を受ける患者の紹介を受け た妊よう性温存治療指定医療機関名と当該医 師名		医療機関の名称（ 妊よう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	日付※ 3																																																																																																																																																						
		円																																																																																																																																																							
		円																																																																																																																																																							
		円																																																																																																																																																							
		円																																																																																																																																																							
	合計	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																																																																																																																																																									
妊よう性 温存治療 を受けた者	ふりがな																																																																																																																																																								
	氏名																																																																																																																																																								
	生年月日	年	月	日生	性別	男 ・ 女																																																																																																																																																			
妊よう性温存療法を受ける患者の紹介を受け た妊よう性温存治療指定医療機関名と当該医 師名		医療機関の名称（ 妊よう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	日付※ 3																																																																																																																																																						
		円																																																																																																																																																							
		円																																																																																																																																																							
		円																																																																																																																																																							
		円																																																																																																																																																							
	合計	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																																																																																																																																																									

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業） 新旧対照表

新		旧																																																																																	
<u>第1-4-1号様式（第7条関係）</u> <u>第1-4-1号様式（第7条関係）</u> （原疾患治療実施医療機関において記載） 高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る証明書（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（※主治医が自署） _____ <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">妊よう性温存治療を受けた者</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</td> <td>年 月 日生</td> <td>男 ・ 女</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">治療方法</td> <td colspan="3">原疾患について</td> </tr> <tr> <td>原疾患名（※）</td> <td colspan="2">左記の診断日 年 月 日 診断医療機関名 ()</td> </tr> <tr> <td colspan="3">原疾患に対する治療のうち、事業の対象となる治療</td> </tr> <tr> <td colspan="3">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。 [] 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 <u>（①の場足は以下も確認すること）</u> <u>□ 具体的な治療内容について、第1-4-2号様式にチェックを付け、添付済み</u></td> </tr> <tr> <td colspan="3">[] 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</td> </tr> <tr> <td colspan="3">[] 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</td> </tr> <tr> <td colspan="3">[] 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</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">妊よう性温存治療実施医療機関名</td> <td colspan="2">()</td> </tr> <tr> <td colspan="2">妊よう性温存療法研究促進事業（妊よう性温存治療分）の申請回数（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） →都道府県名（ ） <u>4 上記いずれにも該当せず、原疾患治療の証明のみ</u> </td> </tr> </table> ※ 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。		妊よう性温存治療を受けた者	ふりがな			氏名				生年月日・性別	年 月 日生	男 ・ 女	治療方法	原疾患について			原疾患名（※）	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。 [] 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 <u>（①の場足は以下も確認すること）</u> <u>□ 具体的な治療内容について、第1-4-2号様式にチェックを付け、添付済み</u>			[] 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		妊よう性温存治療実施医療機関名		()		妊よう性温存療法研究促進事業（妊よう性温存治療分）の申請回数（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（ ） <u>4 上記いずれにも該当せず、原疾患治療の証明のみ</u>		<u>別記第1-4号様式（第7条関係）</u> <u>別記第1-4号様式（第7条関係）</u> （原疾患治療実施医療機関において記載） 高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る証明書（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（※主治医が自署） _____ <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">妊よう性温存治療を受けた者</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</td> <td>年 月 日生</td> <td>男 ・ 女</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">治療方法</td> <td colspan="3">原疾患について</td> </tr> <tr> <td>原疾患名（※）</td> <td colspan="2">左記の診断日 年 月 日 診断医療機関名 ()</td> </tr> <tr> <td colspan="3">原疾患に対する治療のうち、事業の対象となる治療</td> </tr> <tr> <td colspan="3">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 [] 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 <u>具体的な治療内容（使用した薬剤・レジメン等）※2</u> ()</td> </tr> <tr> <td colspan="3">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> </tr> <tr> <td colspan="2">妊よう性温存治療実施医療機関名</td> <td colspan="2">()</td> </tr> <tr> <td colspan="2">妊よう性温存療法研究促進事業（妊よう性温存治療分）の申請回数（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） →都道府県名（ ） </td> </tr> </table> ※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。		妊よう性温存治療を受けた者	ふりがな			氏名				生年月日・性別	年 月 日生	男 ・ 女	治療方法	原疾患について			原疾患名（※）	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 [] 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 <u>具体的な治療内容（使用した薬剤・レジメン等）※2</u> ()			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			妊よう性温存治療実施医療機関名		()		妊よう性温存療法研究促進事業（妊よう性温存治療分）の申請回数（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（ ）	
妊よう性温存治療を受けた者	ふりがな																																																																																		
	氏名																																																																																		
	生年月日・性別	年 月 日生	男 ・ 女																																																																																
治療方法	原疾患について																																																																																		
	原疾患名（※）	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。 [] 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 <u>（①の場足は以下も確認すること）</u> <u>□ 具体的な治療内容について、第1-4-2号様式にチェックを付け、添付済み</u>																																																																																		
	[] 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																																																																																	
妊よう性温存治療実施医療機関名		()																																																																																	
妊よう性温存療法研究促進事業（妊よう性温存治療分）の申請回数（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（ ） <u>4 上記いずれにも該当せず、原疾患治療の証明のみ</u>																																																																																	
妊よう性温存治療を受けた者	ふりがな																																																																																		
	氏名																																																																																		
	生年月日・性別	年 月 日生	男 ・ 女																																																																																
治療方法	原疾患について																																																																																		
	原疾患名（※）	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 [] 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 <u>具体的な治療内容（使用した薬剤・レジメン等）※2</u> ()																																																																																		
	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																																																																																		
妊よう性温存治療実施医療機関名		()																																																																																	
妊よう性温存療法研究促進事業（妊よう性温存治療分）の申請回数（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（ ）																																																																																	

新

旧

第1－4－2号様式（第7条関係）

第1－4－2号様式（第7条関係）

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	☐ <4,000 mg/m ²	☐ 4,000～8,000 mg/m ²	☐ >8,000 mg/m ²	
	(CED)	☐ <8,000 mg/m ²	☐ 8,000～12,000 mg/m ²	☐ >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	☐ CDDP<600 mg/m ² CBDCA		☐ CDDP>600 mg/m ²
		代謝拮抗薬	☐ Ara-C ☐ MTX ☐ GEM ☐ 6-MP		
		ビンカアルカロイド	☐ VCR		
	モノクローナル抗体	☐ Bnab			
	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 (30～39歳)	☐ 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)	☐ Escalated BEACOPP 6-8サイクル (30歳以上)
		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				☐ TRT＋頭頸部照射 ☐ BOMJ＋頭頸部照射 ☐ アルキル化薬＋骨髄照射
造血幹細胞移植				☐ GPA, 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）		☐ 頭頸部照射 >40 Gy	
			☐ 腹部／骨盤（思春期前） 10～<15 Gy	☐ 腹部／骨盤（思春期前） ≥15 Gy	
		☐ 腹部／骨盤（思春期以降） 5～<10 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）

(新設)

新

旧

第 1－4－2 号様式（第 7 条関係）

（新設）

第 1－4－2 号様式（第 7 条関係）
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 : 無精子症が重症・永続
	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 ☐ GEN	
	ビンカルカロイド	☐ VCR ☐ VBL		
	その他	☐ ETP ☐ BLN ☐ Act-D ☐ MMC		
	レジメン別	☐ ABVD ☐ CHOP ☐ COP	☐ BEP 2～4サイクル	☐ BEACOPP: >6サイクル ☐ 骨肉腫治療 ☐ ユーイング肉腫治療
	化学療法＋放射線治療			☐ アルキル化薬＋骨髄照射 ☐ 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
	骨髄照射			☐ 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 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)

第 1－5 号様式～第 3 号様式 （略）

第 1－5 号様式～第 3 号様式 （略）

第 4－1 号様式（第 10 条関係）

様式第 4－1 号（第 10 条関係）

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業） 新旧対照表

新	旧																																																																
第 4－1 号様式（第 10 条関係） 年 月 日 高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業 指定医療機関指定申請書 高知県知事 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） 高知県小児・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、「高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）」の定める事項に従います。 記 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">申請対象 （該当するものにチェック）</td> <td colspan="2"> ☐ 妊よう性温存治療実施医療機関 ☐ 温存後生殖補助医療実施医療機関 </td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">医 療 機 関</td> <td style="text-align: center;">名 称</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">電話（ ）</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">所在地</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">地方厚生（支）局 が指定する保険 医療機関コード</td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">開 設 年 月 日</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">開 設 者</td> <td style="text-align: center;">住所（※1）</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">氏名（※2）</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> 1. 学会による認定等 ☐ 妊よう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。 ☐ 妊よう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。 </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> 2. 実施事項 ☐ 指定医療機関に求められる「高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）」の別表第 3（6 を除く）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氏名	申請対象 （該当するものにチェック）		☐ 妊よう性温存治療実施医療機関 ☐ 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			地方厚生（支）局 が指定する保険 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 ☐ 妊よう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。 ☐ 妊よう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「高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）」の別表第 3（6 を除く）に定める事項を実施できる。				様式第 4－1 号（第 10 条関係） 年 月 日 高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業 指定医療機関指定申請書 高知県知事 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） 高知県小児・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、「高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）」の定める事項に従います。 記 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">申請対象 （該当するものにチェック）</td> <td colspan="2"> ☐ 妊よう性温存治療実施医療機関 ☐ 温存後生殖補助医療実施医療機関 </td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">医 療 機 関</td> <td style="text-align: center;">名 称</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">電話（ ）</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">所在地</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">地方厚生（支）局 が指定する保険 医療機関コード</td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">開 設 年 月 日</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">開 設 者</td> <td style="text-align: center;">住所（※1）</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">氏名（※2）</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> 1. 学会による認定等 ☐ 妊よう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。 ☐ 妊よう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。 </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> 2. 実施事項 ☐ 指定医療機関に求められる「高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）」の別表第 3（6 を除く）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氏名	申請対象 （該当するものにチェック）		☐ 妊よう性温存治療実施医療機関 ☐ 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			地方厚生（支）局 が指定する保険 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 ☐ 妊よう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。 ☐ 妊よう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「高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）」の別表第 3（6 を除く）に定める事項を実施できる。			
申請対象 （該当するものにチェック）		☐ 妊よう性温存治療実施医療機関 ☐ 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																																																																
	地方厚生（支）局 が指定する保険 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 ☐ 妊よう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。 ☐ 妊よう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「高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）」の別表第 3（6 を除く）に定める事項を実施できる。																																																																	
申請対象 （該当するものにチェック）		☐ 妊よう性温存治療実施医療機関 ☐ 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																																																																
	地方厚生（支）局 が指定する保険 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 ☐ 妊よう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。 ☐ 妊よう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「高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）」の別表第 3（6 を除く）に定める事項を実施できる。																																																																	

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業） 新旧対照表

新	旧																				
第 5－1 号様式（第 10 条関係）（略） 第 5－2 号様式（第 10 条関係） 第 5－2 号様式（第 10 条関係） 高知県指令 高第 号 様 高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）第 10 条第 5 項の規定に基づく妊よう性温存治療を実施する医療機関の変更は、次のとおり許可します。 年 月 日 高知県知事 <table border="1"> <tr> <td>指定医療機関の種類</td><td>妊よう性温存治療指定医療機関</td></tr> <tr> <td></td><td>温存後生殖補助医療指定医療機関</td></tr> <tr> <td>変更前</td><td></td></tr> <tr> <td>変更後</td><td></td></tr> <tr> <td>変更許可年月日</td><td></td></tr> </table> 備考 1 申請内容に変更が生じた場合は、高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業指定医療機関指定変更届（第 5－1 号様式）を提出してください。 2 指定を辞退する事由が生じた場合は、高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業指定医療機関指定辞退届（第 6－1 号様式）を提出してください。 第 6－1 号様式～第 7 号様式（略）	指定医療機関の種類	妊よう性温存治療指定医療機関		温存後生殖補助医療指定医療機関	変更前		変更後		変更許可年月日		第 5－1 号様式（第 10 条関係）（略） 第 5－2 号様式（第 10 条関係） 第 5－2 号様式（第 10 条関係） 高知県指令 高第 号 様 高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）第 10 条第 5 項の規定に基づく妊よう性温存治療を実施する医療機関の変更は、次のとおり許可します。 年 月 日 高知県知事 <table border="1"> <tr> <td>指定医療機関の種類</td><td>妊よう性温存治療指定医療機関</td></tr> <tr> <td></td><td>温存後生殖補助医療指定医療機関</td></tr> <tr> <td>変更前</td><td></td></tr> <tr> <td>変更後</td><td></td></tr> <tr> <td>変更許可年月日</td><td></td></tr> </table> 備考 1 申請内容に変更が生じた場合は、高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業指定医療機関指定変更届（<u>別記</u>第 5－1 号様式）を提出してください。 2 指定を辞退する事由が生じた場合は、高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業指定医療機関指定辞退届（<u>別記</u>第 6－1 号様式）を提出してください。 第 6－1 号様式～第 7 号様式（略）	指定医療機関の種類	妊よう性温存治療指定医療機関		温存後生殖補助医療指定医療機関	変更前		変更後		変更許可年月日	
指定医療機関の種類	妊よう性温存治療指定医療機関																				
	温存後生殖補助医療指定医療機関																				
変更前																					
変更後																					
変更許可年月日																					
指定医療機関の種類	妊よう性温存治療指定医療機関																				
	温存後生殖補助医療指定医療機関																				
変更前																					
変更後																					
変更許可年月日																					

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業） 新旧対照表

新										旧									
第 8－1 号様式（第 7 条関係）										別記 第 8－1 号様式（第 7 条関係）									
第 8－1 号様式（第 7 条関係） （表） 高知県妊よう性温存治療費補助金申請書（温存後生殖補助医療分） 高知県知事 様 次のとおり申請します。 申請日 年 月 日										別記 第 8－1 号様式（第 7 条関係） （表） 高知県妊よう性温存治療費補助金申請書（温存後生殖補助医療分） 高知県知事 様 次のとおり申請します。 申請日 年 月 日									
申請者 ふりがな 氏名 生年月日 年 月 日生（ ）歳 性別 男 ・ 女 住所 〒 ー 電話番号 【 自宅 ・ 携帯 ー ・ その他（ ） 】 患者アプリ番号 (12 桁) ※原則必須										申請者 ふりがな 氏名 生年月日 年 月 日生（ ）歳 性別 男 ・ 女 住所 〒 ー 電話番号 【 自宅 ・ 携帯 ー ・ その他（ ） 】 患者アプリ番号 (12 桁) ※原則必須									
夫 (申請者と同じであれば記入不要) ふりがな 氏名 生年月日 年 月 日生（ ）歳										夫 (申請者と同じであれば記入不要) ふりがな 氏名 生年月日 年 月 日生（ ）歳									
妻 (申請者と同じであれば記入不要) ふりがな 氏名 生年月日 年 月 日生（ ）歳										妻 (申請者と同じであれば記入不要) ふりがな 氏名 生年月日 年 月 日生（ ）歳									
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。 ない ・ ある → ある場合：①自身が過去（ ）回受けた ②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（ ）										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。 ない ・ ある → ある場合：①自身が過去（ ）回受けた ②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（ ）									
振込先指定口座 (申請者の名義) 金融機関名 銀行 本店 支店 口座種別 普通 当座 口座番号 (ふりがな) 口座名義										振込先指定口座 (申請者の名義) 金融機関名 銀行 本店 支店 口座種別 普通 当座 口座番号 (ふりがな) 口座名義									
添付書類 (添付したもの) (○) □ 1 高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る証明書（温存後生殖補助医療分）（第 8－2 号様式） □ 2 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（第 8－3 号様式） □ 3 高知県妊よう性温存治療費補助金申請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（第 1－1 号様式及び第 1－4 号様式）※既に提出している場合は、提出不要 □ 4 住民票の写し原本（申請日から 3 月以内のもので、高知県内に住所を有していることが確認できるもの。） □ 5 医療機関が発行した補助の対象となる温存後生殖補助医療の領収書及び診療明細書等の診療内容が分かる書類（原則として原本） □ 6 申請する温存後生殖補助医療に係る薬剤処方を含めて申請する場合は、薬剤に係る領収書及び薬剤情報提供書等の処方薬剤の種類が分かる書類（原則として原本） □ 7 申請する温存後生殖補助医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を含めて申請する場合は、カウンセリングに係る領収書及び診療明細書等のカウンセリングを受けたことが分かる書類（原則として原本） □ 8 補助金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義、口座番号及び支店名が確認することができるものの写し □ 9 納税証明書の原本（県税の滞納がないことを確認できるもの。）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） ※ 1・2：裏面参照 □ 10 婚姻関係を証明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 □ ③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（様式第 8－4 号） □ 11 これまで受けた助成回数にリセットする場合 □ 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（住民票と戸籍謄本等） □ 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） □ 12 その他知事が必要と認める書類										添付書類 (添付したもの) (○) □ 1 高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る証明書（温存後生殖補助医療分）（別記第 8－2 号様式） □ 2 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（別記第 8－3 号様式） □ 3 住民票の写し原本（申請日から 3 月以内のもので、高知県内に住所を有していることが確認できるもの。） □ 4 医療機関が発行した補助の対象となる温存後生殖補助医療の領収書及び診療明細書等の診療内容が分かる書類（原則として原本） □ 5 申請する温存後生殖補助医療に係る薬剤処方を含めて申請する場合は、薬剤に係る領収書及び薬剤情報提供書等の処方薬剤の種類が分かる書類（原則として原本） □ 6 申請する温存後生殖補助医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を含めて申請する場合は、カウンセリングに係る領収書及び診療明細書等のカウンセリングを受けたことが分かる書類（原則として原本） □ 7 補助金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義、口座番号及び支店名が確認することができるものの写し □ 8 納税証明書の原本（県税の滞納がないことを確認できるもの。）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） ※ 1・2：裏面参照 □ 9 婚姻関係を証明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 □ ③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（様式第 8－4 号） □ 10 これまで受けた助成回数にリセットする場合 □ 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（住民票と戸籍謄本等） □ 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） □ 11 その他知事が必要と認める書類									
主治医から、温存後生殖補助医療について十分な説明を受け、理解した上で、温存後生殖補助医療を受けましたので、裏面の注意事項を理解の上、必要書類を添えて申請します。 また、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） ※同意項目に○ □ 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治療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者に対して、当該の情報を提供すること。 □ 補助の適性を判断するために必要な場合、県が妊よう性温存治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会すること。 □ 本事業の助成状況について他の都道府県や市町村、担当部署へ照会及び提供すること。 □ 高知県のがん対策の推進に必要な目的（施策の立案や調査及び分析等）において申請内容を利用すること。										主治医から、温存後生殖補助医療について十分な説明を受け、理解した上で、温存後生殖補助医療を受けましたので、裏面の注意事項を理解の上、必要書類を添えて申請します。 また、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） ※同意項目に○ □ 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治療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者に対して、当該の情報を提供すること。 □ 補助の適性を判断するために必要な場合、県が妊よう性温存治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会すること。 □ 本事業の助成状況について他の都道府県や市町村、担当部署へ照会及び提供すること。 □ 高知県のがん対策の推進に必要な目的（施策の立案や調査及び分析等）において申請内容を利用すること。									
年 月 日 申請額 円 申請者氏名（自署）										年 月 日 申請額 円 申請者氏名（自署）									
助成決定金額 ※高知県使用欄 円										助成決定金額 ※高知県使用欄 円									

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業） 新旧対照表

新	旧
(裏) ◎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：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：補助事業者が個人の場合は、マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。 補助事業者が法人の場合は、法人代表者のマイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。 (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、提出は不可とする。)、健康保険証は申請時点で有効期限内のものとし、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。 ◎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、高知県から文書で通知します。 3 助成の対象となる治療費は、妊よう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に記載した費用であり、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凍結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1万円が上限です。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。 なお、当該補助額に1,000円未満の端数を生じた場合は、これを切り捨てるものとします。 5 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43歳未満であるときは通算3回、43歳以上であるときは通算3回)までです。 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します。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します。 6 本事業の対象となる治療について、重複して他の補助金等の交付を受けることはできません。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。 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、当該費用も含めて助成を求める場合は、治療及び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8-3号の発行を依頼してください。 8 医療機関によっては、様式第8-2号、8-3号、1-4-1号及び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。(本事業の補助対象外) 9 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(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。 10 妊よう性温存治療費分の申請時に、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。 11 書類に不備がある場合、補助金を交付できないことがありますので、ご注意ください。 12 本事業は、温存後生殖補助に要する費用を申請に基づき高知県が補助するものであり、温存後生殖補助医療、温存後生殖補助医療後の妊娠経過や出産等、その医療の内容について高知県が保証し、又は責任を負うものではありません。 ◎個人情報の取扱いについて 得られた個人情報は、補助金の交付事務、同意事項及び高知県のがん対策の推進に必要な目的(施策の立案や調査及び分析等)以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。 申請方法 1 郵送の場合(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。 2 持参の場合 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、年末年始を除く。)午前8時30分から午後5時15分 問合せ先 高知県健康政策部健康対策課 がん・企画担当 電話：088-823-9674(直通)	(裏) ◎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：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：補助事業者が個人の場合は、マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。 補助事業者が法人の場合は、法人代表者のマイナンバーカード、運転免許証、健康保険証の写し等。 (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、提出は不可とする。)、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。 ◎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、高知県から文書で通知します。 3 助成の対象となる治療費は、妊よう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に記載した費用であり、凍結胚(受精卵)を用いた場合は10万円、凍結未受精卵を用いた場合は30万円、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凍結した胚移植を実施した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1万円が上限です。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。 なお、当該補助額に1,000円未満の端数を生じた場合は、これを切り捨てるものとします。 5 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43歳未満であるときは通算3回、43歳以上であるときは通算3回)までです。 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します。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します。 6 本事業の対象となる治療について、重複して他の補助金等の交付を受けることはできません。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。 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、当該費用も含めて助成を求める場合は、治療及び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8-3号の発行を依頼してください。 8 医療機関によっては、様式第8-2号及び8-3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。(本事業の補助対象外) 9 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(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。 10 書類に不備がある場合、補助金を交付できないことがありますので、ご注意ください。 11 本事業は、温存後生殖補助に要する費用を申請に基づき高知県が補助するものであり、温存後生殖補助医療、温存後生殖補助医療後の妊娠経過や出産等、その医療の内容について高知県が保証し、又は責任を負うものではありません。 ◎個人情報の取扱いについて 得られた個人情報は、補助金の交付事務、同意事項及び高知県のがん対策の推進に必要な目的(施策の立案や調査及び分析等)以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。 申請方法 1 郵送の場合(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。 2 持参の場合 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、年末年始を除く。)午前8時30分から午後5時15分 問合せ先 高知県健康政策部健康対策課 がん・企画担当 電話：088-823-9674(直通)

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業） 新旧対照表

新		旧																																																																					
第8－2号様式（第7条関係）		別記第8－2号様式（第7条関係）																																																																					
第8－2号様式（第7条関係）（温存後生殖補助医療実施医療機関において記載） （表） 高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る証明書（温存後生殖補助医療実施医療機関） 高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）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（※主治医が自署） _____		別記 第8－2号様式（第7条関係）（温存後生殖補助医療実施医療機関において記載） （表） 高知県妊よう性温存治療費補助金申請に係る証明書（温存後生殖補助医療実施医療機関） 高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）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（※主治医が自署） _____																																																																					
<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 年 月 日生()歳</td> </tr> <tr> <td>患者アプリ番号(12桁)</td> <td>患者アプリ登録が無い場合、その理由</td> <td>性別 男 ・ 女</td> </tr> <tr> <td>配偶者（事実婚を含む）</td> <td>ふりがな 氏名</td> <td>生年月日 年 月 日生()歳</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>性別 男 ・ 女</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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の温存後生殖補助医療指定医療機関ですか。</td> <td>はい ・ いいえ</td> </tr> <tr> <td colspan="3">対象者又は配偶者は、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 ない ・ ある → 過去 () 回受けた</td> </tr> <tr> <td colspan="3">(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、妊よう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) ※上記実施日と同じ場合も記載してください。 備考 () </td> </tr> <tr> <td>II</td> <td> 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 </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 ・ なし 院外処方 あり ・ なし 医療機関名 () 依頼内容 () </td> </tr> <tr> <td colspan="2">領収金額合計</td> <td>今回の治療に要した補助対象費用合計 領収金額 円（内訳は裏面のとおり）</td> </tr> <tr> <td colspan="2">備考（※4）</td> <td></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()歳	患者アプリ番号(12桁)	患者アプリ登録が無い場合、その理由	性別 男 ・ 女	配偶者（事実婚を含む）	ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日生()歳			性別 男 ・ 女	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 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、妊よう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) ※上記実施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	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		今回の治療に要した補助対象費用合計 領収金額 円（内訳は裏面のとおり）	備考（※4）			<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 年 月 日生()歳</td> </tr> <tr> <td>患者アプリ番号(12桁)</td> <td>患者アプリ登録が無い場合、その理由</td> <td>性別 男 ・ 女</td> </tr> <tr> <td>配偶者（事実婚を含む）</td> <td>ふりがな 氏名</td> <td>生年月日 年 月 日生()歳</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>性別 男 ・ 女</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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の温存後生殖補助医療指定医療機関ですか。</td> <td>はい ・ いいえ</td> </tr> <tr> <td colspan="3">対象者又は配偶者は、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 ない ・ ある → 過去 () 回受けた</td> </tr> <tr> <td colspan="3">(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、妊よう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) ※上記実施日と同じ場合も記載してください。 備考 () </td> </tr> <tr> <td>II</td> <td> 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 </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 ・ なし 院外処方 あり ・ なし 医療機関名 () 依頼内容 () </td> </tr> <tr> <td colspan="2">領収金額合計</td> <td>今回の治療に要した補助対象費用合計 領収金額 円（内訳は裏面のとおり）</td> </tr> <tr> <td colspan="2">備考（※4）</td> <td></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()歳	患者アプリ番号(12桁)	患者アプリ登録が無い場合、その理由	性別 男 ・ 女	配偶者（事実婚を含む）	ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日生()歳			性別 男 ・ 女	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 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、妊よう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) ※上記実施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	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		今回の治療に要した補助対象費用合計 領収金額 円（内訳は裏面のとおり）	備考（※4）		
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()歳																																																																					
患者アプリ番号(12桁)	患者アプリ登録が無い場合、その理由	性別 男 ・ 女																																																																					
配偶者（事実婚を含む）	ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日生()歳																																																																					
		性別 男 ・ 女																																																																					
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 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、妊よう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) ※上記実施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																																																																					
	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		今回の治療に要した補助対象費用合計 領収金額 円（内訳は裏面のとおり）																																																																					
備考（※4）																																																																							
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()歳																																																																					
患者アプリ番号(12桁)	患者アプリ登録が無い場合、その理由	性別 男 ・ 女																																																																					
配偶者（事実婚を含む）	ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日生()歳																																																																					
		性別 男 ・ 女																																																																					
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 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、妊よう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) ※上記実施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																																																																					
	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		今回の治療に要した補助対象費用合計 領収金額 円（内訳は裏面のとおり）																																																																					
備考（※4）																																																																							
※1 妊よう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 妊よう性温存治療を受け、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。 ※4 治療内容に係る特記事項がある場合は、備考欄に記載してください。		※1 妊よう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 妊よう性温存治療を受け、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。 ※4 治療内容に係る特記事項がある場合は、備考欄に記載してください。																																																																					

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業） 新旧対照表

新	旧																																																																																																																
第 8－3 号様式（第 7 条関係） 第 8－3 号様式（第 7 条関係）（温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関において記載） 高知県妊よう性温存治療費補助金申請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） 高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）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（※主治医が自署） <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2">温存後生殖補助医療の対象者</td> <td>ふりがな</td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>性別</td> <td>男 ・ 女</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">配偶者（事実婚を含む）</td> <td>ふりがな</td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>性別</td> <td>男 ・ 女</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">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</td> <td>医療機関の名称（ 温存後生殖補助医療主治医の氏名（</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">領収金額合計 ※ 2</td> <td colspan="3">円（内訳は以下のとおり）</td> </tr> <tr> <td rowspan="7">領収金額内訳</td> <td style="text-align: center;">項 目</td> <td style="text-align: center;">費 用</td> <td style="text-align: center;">日付※ 3</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">円</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">円</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">円</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">円</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">円</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">合計</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>備考</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 45%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">治療期間</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">年 月 日 ～ 年 月 日</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 45%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">領収金額に関する問合せ先</th> </tr> <tr> <td style="width: 30%;">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> ※ 1 妊よう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。 ※ 3 領収書の日付をご記載ください。	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	日付※ 3		円			円			円			円			円		合計	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		別記第 8－3 号様式（第 7 条関係） 別記第 8－3 号様式（第 7 条関係）（温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関において記載） 高知県妊よう性温存治療費補助金申請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） 高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）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（※主治医が自署） <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2">温存後生殖補助医療の対象者</td> <td>ふりがな</td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>性別</td> <td>男 ・ 女</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">配偶者（事実婚を含む）</td> <td>ふりがな</td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>性別</td> <td>男 ・ 女</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">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</td> <td>医療機関の名称（ 温存後生殖補助医療主治医の氏名（</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">領収金額合計 ※ 2</td> <td colspan="3">円（内訳は以下のとおり）</td> </tr> <tr> <td rowspan="7">領収金額内訳</td> <td style="text-align: center;">項 目</td> <td style="text-align: center;">費 用</td> <td style="text-align: center;">日付※ 3</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">円</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">円</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">円</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">円</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">円</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">合計</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>備考</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 45%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">治療期間</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">年 月 日 ～ 年 月 日</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 45%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">領収金額に関する問合せ先</th> </tr> <tr> <td style="width: 30%;">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> ※ 1 妊よう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。 ※ 3 領収書の日付をご記載ください。	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	日付※ 3		円			円			円			円			円		合計	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	
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	日付※ 3																																																																																																														
		円																																																																																																															
		円																																																																																																															
		円																																																																																																															
		円																																																																																																															
		円																																																																																																															
	合計	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																																																																																																																	
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	日付※ 3																																																																																																														
		円																																																																																																															
		円																																																																																																															
		円																																																																																																															
		円																																																																																																															
		円																																																																																																															
	合計	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																																																																																																																	

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA 世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業） 新旧対照表

新	旧
第 8－4 号様式（<u>第 3 条</u>、第 7 条関係） 第 8－4 号様式（<u>第 3 条</u>、第 7 条関係） 事実婚関係に関する申立書 年 月 日 高知県知事 様 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) _____ _____ _____ _____ _____ 第 9 号様式～第 11 号様式 （略）	第 8－4 号様式（第 7 条関係） 第 8－4 号様式（第 7 条関係） 事実婚関係に関する申立書 年 月 日 高知県知事 様 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) _____ _____ _____ _____ _____ 第 9 号様式～第 11 号様式 （略）