

新	旧
<p>福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業実施要綱</p> <p>第1条～第2条 略</p> <p>(助成対象者)</p> <p>第3条 妊孕性温存療法の助成対象者は、次の各号に掲げる要件を全て満たす者とする。</p> <p>一～六略</p> <p>七 妊孕性温存療法指定医療機関から妊孕性温存療法を受けること及び国の「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業実施要綱(以下「国実施要綱」という)」に基づく研究への臨床情報等の提供をすることについて説明を受け、本事業に参加することについての同意が得られた者</p> <p>なお、対象者が未成年患者の場合は、<u>原則として、妊孕性温存療法を行う担当医師の所属する医療機関における未成年患者本人の同意取得の方針に従い、未成年患者本人(※)及び親権者又は未成年後見人等による同意が得られた者を対象とする。</u></p> <p><u>※年齢等の理由で同意能力がないために医療機関での妊孕性温存療法実施の際に未成年患者本人の同意を取得することができない場合は、本事業に参加することに対する本人同意の取得も不要とする。</u></p> <p>2 略</p> <p>第4条～第12条 略</p> <p>附 則</p> <p>この要綱は、令和元年8月1日から施行する。</p> <p>附 則</p>	<p>福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業実施要綱</p> <p>第1条～第2条 略</p> <p>(助成対象者)</p> <p>第3条 妊孕性温存療法の助成対象者は、次の各号に掲げる要件を全て満たす者とする。</p> <p>一～六略</p> <p>七 妊孕性温存療法指定医療機関から妊孕性温存療法を受けること及び国の「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業実施要綱(以下「国実施要綱」という)」に基づく研究への臨床情報等の提供をすることについて説明を受け、本事業に参加することについての同意が得られた者</p> <p>なお、対象者が未成年患者の場合は、できる限り本人も説明を受けた上で、親権者又は未成年後見人による同意が得られた者</p> <p>2 略</p> <p>第4条～第12条 略</p> <p>附 則</p> <p>この要綱は、令和元年8月1日から施行する。</p> <p>附 則</p>

この要綱は、令和2年12月25日から施行し、令和2年度の補助金に適用する。なお、令和元年度までの補助金は従前の例による。

附 則

- 1 この要綱は、令和3年4月1日（以下「施行日」という。）から施行する。
- 2 改正後の要綱の規定は、妊孕性温存治療の終了日が施行日以降のものについて適用し、施行日前に終了した妊孕性温存治療費に対する助成については、なお従前の例による。

附 則

- 1 この要綱は、令和5年7月4日（以下「施行日」という。）から施行する。
- 2 改正後の要綱の規定は、妊孕性温存療法における凍結保存日又は温存後生殖補助医療における治療期間の初日が施行日以降のものについて適用し、施行日前に終了した妊孕性温存治療費及び温存後生殖補助医療費に対する助成については、なお従前の例による。

附 則

この要綱は、令和7年4月28日から施行する。

附 則

この要綱は、令和8年5月13日から施行する。

この要綱は、令和2年12月25日から施行し、令和2年度の補助金に適用する。なお、令和元年度までの補助金は従前の例による。

附 則

- 1 この要綱は、令和3年4月1日（以下「施行日」という。）から施行する。
- 2 改正後の要綱の規定は、妊孕性温存治療の終了日が施行日以降のものについて適用し、施行日前に終了した妊孕性温存治療費に対する助成については、なお従前の例による。

附 則

- 1 この要綱は、令和5年7月4日（以下「施行日」という。）から施行する。
- 2 改正後の要綱の規定は、妊孕性温存療法における凍結保存日又は温存後生殖補助医療における治療期間の初日が施行日以降のものについて適用し、施行日前に終了した妊孕性温存治療費及び温存後生殖補助医療費に対する助成については、なお従前の例による。

附 則

この要綱は、令和7年4月28日から施行する。

様式第1-1号

(表)

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成申請書  
(妊孕性温存療法分)

福岡県知事 殿

次のとおり申請します。

年 月 日

申請者	ふりがな	妊孕性温存療法を受けた者との関係		
	氏名			
	生年月日・性別	年 月 日生	男・女	
	住所	〒 -		
電話番号	電話番号	患者アプリを登録出来ない理由	患者アプリ番号(12桁) ※原則必須、登録出来ない場合、理由を7欄に記載	
妊孕性温存療法を受けた者(申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな			
	氏名			
	生年月日・性別	年 月 日生	男・女	
	住所	〒 -		
電話番号	-			
妊孕性温存療法研究促進事業(妊孕性温存療法分)の助成申請回数 (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 3 (1回目の申請は同一都道府県) 2回目の申請 (1回目の申請は他の都道府県) 一部道府県名【 】		
福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業の対象となる費用について、他制度の助成を受けていますか		はい・いいえ [はい]の場合、本助成を受けることはできません		
添付書類	[添付したものに記す] <input type="checkbox"/> 福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業に係る証明書 <input type="checkbox"/> 妊孕性温存療法実施医療機関(様式第1-2号) <input type="checkbox"/> 福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業に係る収収金額内訳証明書 <input type="checkbox"/> 妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関(様式第1-3号) <input type="checkbox"/> 福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業に係る証明書及び化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表 <input type="checkbox"/> (原疾患治療実施医療機関)(様式第1-4-1号及び様式第1-4-2号 [注]) <input type="checkbox"/> (注)様式第1-4-2号は実施要領3-1(2) [注]に該当する場合のみ提出が必要 <input type="checkbox"/> 申請時に福岡県内に住所を有していることが確認できるもの(住民票等) <input type="checkbox"/> 夫婦であることを証明できる書類(妊娠経緯の場合)			
	フリガナ	支店名	支店	
	口座名義	金融機関名	支店名	支店
	口座種別	普通・当座	口座番号	
以下の事項について同意します。(同意いただけない場合は、本助成を受けることができません) ・本事業の趣旨を理解し、小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法に関する研究促進事業実施のために日本がん・生殖医療学会に対して自身の臨床情報及び助成実績等に関する情報を提供すること。また、日本がん・生殖医療学会が妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療に係る研究を適切に行えると認める者に対して、当該の情報を提供すること。 ・本事業の助成状況について他の都道府県へ照会及び提供をすること。 年 月 日 申請者氏名(自署) _____ 助成決定金額 ※○都道府県使用欄 _____ 円				

様式第1-1号

(表)

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成申請書  
(妊孕性温存療法分)

福岡県知事 殿

次のとおり申請します。

年 月 日

申請者	ふりがな	妊孕性温存療法を受けた者との関係		
	氏名			
	生年月日・性別	年 月 日生	男・女	
	住所	〒 -		
電話番号	電話番号	患者アプリを登録出来ない理由	患者アプリ番号(12桁) ※原則必須、登録出来ない場合、理由を7欄に記載	
妊孕性温存療法を受けた者(申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな			
	氏名			
	生年月日・性別	年 月 日生	男・女	
	住所	〒 -		
電話番号	-			
妊孕性温存療法研究促進事業(妊孕性温存療法分)の助成申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)		1 1回目の申請 2 2回目の申請 (1回目の申請は同一都道府県) 3 2回目の申請 (1回目の申請は他の都道府県) 一部道府県名【 】		
福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業の対象となる費用について、他制度の助成を受けていますか		はい・いいえ [はい]の場合、本助成を受けることはできません		
添付書類	[添付したものに記す] <input type="checkbox"/> 福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業に係る証明書 <input type="checkbox"/> 妊孕性温存療法実施医療機関(様式第1-2号) <input type="checkbox"/> 福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業に係る収収金額内訳証明書 <input type="checkbox"/> 妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関(様式第1-3号) <input type="checkbox"/> 福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業に係る証明書及び化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表 <input type="checkbox"/> (原疾患治療実施医療機関)(様式第1-4-1号及び様式第1-4-2号) <input type="checkbox"/> 申請時に福岡県内に住所を有していることが確認できるもの(住民票等) <input type="checkbox"/> 夫婦であることを証明できる書類(妊娠経緯の場合)			
	フリガナ	金融機関名	支店名	支店
	口座名義	金融機関名	支店名	支店
	口座種別	普通・当座	口座番号	
以下の事項について同意します。(同意いただけない場合は、本助成を受けることができません) ・本事業の趣旨を理解し、小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法に関する研究促進事業実施のために日本がん・生殖医療学会に対して自身の臨床情報及び助成実績等に関する情報を提供すること。また、日本がん・生殖医療学会が妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療に係る研究を適切に行えると認める者に対して、当該の情報を提供すること。 ・本事業の助成状況について他の都道府県へ照会及び提供をすること。 年 月 日 申請者氏名(自署) _____ 助成決定金額 ※○都道府県使用欄 _____ 円				

(裏)

◎注意事項

- 1 妊孕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。また、妊孕性温存療法を行う担当医師の所属する医療機関施設における未成年患者本人の同意取得の方針に従い、年齢等の理由で同意能力がないために医療機関での妊孕性温存療法実施の際に未成年患者本人の同意を取得することができない場合は、妊孕性温存療法を受けた者の自署は不要です。
- 2 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。
- 3 助成決定金額は、福岡県から文書で通知します。
- 4 助成の対象となる治療費は、妊孕性温存療法及び初回の凍結保存に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。
- 5 助成額は、妊孕性温存療法に要した医療保険適用外費用であり、精子は2万5千円、卵子（精巣内精子採取）は35万円、胚（受精卵）は35万円、未受精卵子は20万円、卵巣組織は40万円が上限となります。
- 6 助成回数は、合計2回までです。
- 7 本事業の対象となる費用について、他制度の助成を受けている場合は、本事業の助成を受けることができません。
- 8 助成対象の治療の一部を指定医療機関とは別の機関で実施し、当該医療機関に対して支払いを行った場合で、当該費用も含めて助成を求める場合は、治療と費用の内容が分かる領収書及び治療明細を提出してください。詳細の記載がない場合は、当該医療機関に様式第1-3号の発行を依頼してください。
- 9 医療機関によっては、様式第1-2号、様式第1-3号、様式第1-4-1号及び様式第1-4-2号の発行に費用がかかる場合がありますが、その費用は自己負担となります。
- 10 本事業に参加する方の妊孕性温存療法に関する診療情報は、医療機関を通じて、日本がん・生殖医療学会が管理・運用する「日本がん・生殖医療登録システム（JGFR）」に登録されます。また、データの登録状況の確認のため、日本がん・生殖医療学会が助成申請の内容と結果について各都道府県に対して照会を行うことがあります。日本がん・生殖医療学会は、本事業に係る研究を適切に行えると認める者に対し、上記の臨床情報・助成情報等のデータを提供することがあります。その際は、目的達成のため必要最小限の範囲で取り扱いを行い、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。

申請方法

郵送の場合  
宛先：〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号 福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課  
持参の場合  
受付窓口：福岡県庁保健医療介護部がん感染症疾病対策課（行政棟南棟2階）  
受付時間：月曜日から金曜日（祝祭日、12月29日～1月3日を除く。）  
午前8時30分から12時、午後1時～5時

問合せ先

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課 電話：092-643-3317

様式第1-2号略

(裏)

◎注意事項

- 1 妊孕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、福岡県から文書で通知します。
- 4 助成の対象となる治療費は、妊孕性温存療法及び初回の凍結保存に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。
- 5 助成額は、妊孕性温存療法に要した医療保険適用外費用であり、精子は2万5千円、精子（精巣内精子採取）は35万円、胚（受精卵）は35万円、未受精卵子は20万円、卵巣組織は40万円が上限となります。
- 6 助成回数は、合計2回までです。
- 7 本事業の対象となる費用について、他制度の助成を受けている場合は、本事業の助成を受けることができません。
- 8 助成対象の治療の一部を指定医療機関とは別の機関で実施し、当該医療機関に対して支払いを行った場合で、当該費用も含めて助成を求める場合は、治療と費用の内容が分かる領収書及び治療明細を提出してください。詳細の記載がない場合は、当該医療機関に様式第1-3号の発行を依頼してください。
- 9 医療機関によっては、様式第1-2号、様式第1-3号、様式第1-4-1号及び様式第1-4-2号の発行に費用がかかる場合がありますが、その費用は自己負担となります。
- 10 本事業に参加する方の妊孕性温存療法に関する診療情報は、医療機関を通じて、日本がん・生殖医療学会が管理・運用する「日本がん・生殖医療登録システム（JGFR）」に登録されます。また、データの登録状況の確認のため、日本がん・生殖医療学会が助成申請の内容と結果について各都道府県に対して照会を行うことがあります。日本がん・生殖医療学会は、本事業に係る研究を適切に行えると認める者に対し、上記の臨床情報・助成情報等のデータを提供することがあります。その際は、目的達成のため必要最小限の範囲で取り扱いを行い、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。

申請方法

郵送の場合  
宛先：〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号 福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課  
持参の場合  
受付窓口：福岡県庁保健医療介護部がん感染症疾病対策課（行政棟南棟2階）  
受付時間：月曜日から金曜日（祝祭日、12月29日～1月3日を除く。）  
午前8時30分から12時、午後1時～5時

問合せ先

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課 電話：092-643-3317

様式第1-2号略

様式第1-3号

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業に係る領収金額内訳証明書  
(妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関)

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業の実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、妊孕性温存療法実施医療機関の指導に基づく妊孕性温存療法（※1）の一部を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

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

妊孕性温存療法を受けた者	ふりがな	_____			
	氏名	_____			
	生年月日・性別等	年 月 日	出生	男・女	
妊孕性温存療法を受ける患者の紹介を受けた妊孕性温存療法指定医療機関名と当該医師名		医療機関の名称（ _____ ）		原疾患主治医の氏名（ _____ ）	
領収金額合計 ※1	円（内訳は以下のとおり）				
領収金額内訳	項目	費 用	円		
			円		
			円		
			円		
			円		
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	
担当書	
電話番号	— —

- ※1 生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療に際して精子、卵子又は卵巣組織を採取し、これを凍結保存するまでの一連の医療行為、若しくは卵子を採取し、これを受精させ、胚（受精卵）を凍結保存するまでの一連の医療行為のこと。
- ※2 薬局の名称は記載不要。
- ※3 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、入院費料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。

様式第1-4-1号～様式2-1号略

様式第1-3号

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業に係る領収金額内訳証明書  
(妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関)

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業の実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、妊孕性温存療法実施医療機関の指導に基づく妊孕性温存療法（※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 \_\_\_\_\_

妊孕性温存療法を受けた者	ふりがな	_____			
	氏名	_____			
	生年月日・性別等	年 月 日	出生	男・女	
妊孕性温存療法を受ける患者の紹介を受けた妊孕性温存療法指定医療機関名と当該医師名		医療機関の名称（ _____ ）		原疾患主治医の氏名（ _____ ）	
領収金額合計 ※2	円（内訳は以下のとおり）				
領収金額内訳	項目	費 用	円		
			円		
			円		
			円		
			円		
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	
担当書	
電話番号	— —

- ※1 生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療に際して精子、卵子又は卵巣組織を採取し、これを凍結保存するまでの一連の医療行為、若しくは卵子を採取し、これを受精させ、胚（受精卵）を凍結保存するまでの一連の医療行為のこと。
- ※2 助成の対象となる費用は、妊孕性温存療法及び初回の凍結保存に要した費用に限るものとし、入院費料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。

様式第1-4-1号～様式2-1号略

様式第2-2号

(表)

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業に係る温存後生殖補助医療証明書  
(温存後生殖補助医療実施医療機関)

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、温存後生殖補助医療(※1)を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地 \_\_\_\_\_

医療機関の名称 \_\_\_\_\_

診療科 \_\_\_\_\_

主治医氏名(自署) \_\_\_\_\_

温存後生殖補助医療の対象者(※2)	ふりがな	生年月日	年 月 日
	氏名	性別	男・女
配偶者(専業主婦を含む)	ふりがな	生年月日	年 月 日
	氏名	性別	男・女
福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業の温存後生殖補助医療指定医療機関ですか。		はい - いいえ	
対象者は、過去に妊孕性温存療法研究促進事業(生殖補助医療分)の助成を受けたことがありますか。 ない - ある - 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( ) 妊孕性温存療法実施医療機関名( )			
治療方法	I	助成対象となる治療は、妊孕性温存療法実施後に実施した次の治療です。該当する番号に○を付けてください。 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 凍結した卵巣摘出再移植後の生殖補助医療 4 凍結した精子を用いた生殖補助医療	生殖補助医療開始日( 年 月 日) 生殖補助医療終了日( 年 月 日) ※上記開始日と同じ場合も記載してください。 備考( )
	II	Iにおいて、2~4に該当する場合で次に該当する場合は、該当する番号に○をつけてください。 1 以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合 2 人工授精を実施する場合 3 採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止した場合	
	III	他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに御記入ください。(※3) 他医療機関への依頼 あり・なし 院外処方 あり・なし 依頼内容( )	
徴収金額合計	円(内訳は裏面のとおり)		
備考			

- ※1 妊孕性温存療法により凍結した胚体を用いた生殖補助医療又は凍結した胚体の再移植後に実施した生殖補助医療のこと。
- ※2 妊孕性温存療法を受け、生殖補助医療に用いた凍結胚体の提供者又は凍結胚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、その内容を裏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、本徴収金額以外の追加の費用申請が対象者からあった場合、裏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。

様式第2-2号

(表)

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業に係る温存後生殖補助医療証明書  
(温存後生殖補助医療実施医療機関)

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、温存後生殖補助医療(※1)を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地 \_\_\_\_\_

医療機関の名称 \_\_\_\_\_

診療科 \_\_\_\_\_

主治医氏名(自署) \_\_\_\_\_

温存後生殖補助医療の対象者(※2)	ふりがな	生年月日	年 月 日
	氏名	性別	男・女
配偶者(※2)	患者アプリ番号	患者アプリ登録が無い場合、その理由	
	ふりがな	生年月日	年 月 日
配偶者(専業主婦を含む)	氏名	性別	男・女
	福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業の温存後生殖補助医療指定医療機関ですか。		はい - いいえ
対象者は、過去に妊孕性温存療法研究促進事業(生殖補助医療分)の助成を受けたことがありますか。 ない - ある - 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( ) 妊孕性温存療法実施医療機関名( )			
治療方法	I	助成対象となる治療は、妊孕性温存療法実施後に実施した次の治療です。該当する番号に○を付けてください。 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 凍結した卵巣摘出再移植後の生殖補助医療 4 凍結した精子を用いた生殖補助医療	生殖補助医療開始日( 年 月 日) 生殖補助医療終了日( 年 月 日) ※上記開始日と同じ場合も記載してください。 備考( )
	II	Iにおいて、2~4に該当する場合で次に該当する場合は、該当する番号に○をつけてください。 1 以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合 2 人工授精を実施する場合 3 採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止した場合	
	III	他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに御記入ください。(※3) 他医療機関への依頼 あり・なし 院外処方 あり・なし 依頼内容( )	
徴収金額合計	円(内訳は裏面のとおり)		
備考			

- ※1 妊孕性温存療法により凍結した胚体を用いた生殖補助医療又は凍結した胚体の再移植後に実施した生殖補助医療のこと。
- ※2 妊孕性温存療法を受け、生殖補助医療に用いた凍結胚体の提供者又は凍結胚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、その内容を裏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、本徴収金額以外の追加の費用申請が対象者からあった場合、裏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。

(表)

領収金額 内訳証明書

項 目	費 用
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
合 計	円

治療期間
年 月 日～年 月 日

領収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	— —

- ・ 助成対象となる治療費のみを計上してください。
- ・ 助成の対象となる治療費は、妊孕性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医療に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用は対象外です。
- ・ 卵胞が発達しない、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の費用は対象外です。
- ・ 本証明書を発行する医療機関が領収した金額のみを記入ください。一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、その治療費用は当該医療機関からの証明書等を患者本人に提出いただくことにより、別途確認を行いますので本証明書には記載不要です。
- ・ 薬局の場合は記載不要。

(表)

領収金額 内訳証明書

項 目	費 用
	円
	円
	円
	円
	円
	円
合 計	円

治療期間
年 月 日～年 月 日

領収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	— —

- ・ 助成対象となる治療費のみを計上してください。
- ・ 助成の対象となる治療費は、妊孕性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医療に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用は対象外です。
- ・ 卵胞が発達しない、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の費用は対象外です。
- ・ 本証明書を発行する医療機関が領収した金額のみを記入ください。一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、その治療費用は当該医療機関からの証明書等を患者本人に提出いただくことにより、別途確認を行いますので本証明書には記載不要です。

様式第 2-3 号

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業に係る領収金額内訳証明書  
(温存後生腫補助医療実施医療機関の連携機関)

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、温存後生腫補助医療実施医療機関の指導に基づく温存後生腫補助医療（※1）の一部を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

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

妊孕性温存療法を受けた者	ふりがな	_____		
	氏名	_____		
温存後生腫補助医療を受ける患者の紹介を受けた温存後生腫補助医療指定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（ ）	_____		
領収金額合計 ※2	円（内訳は以下のとおり）			
	項目	費用	円	
領収金額内訳			円	
			円	
			円	
			円	
			円	
備考	_____			

治療期間
年 月 日 ~ 年 月 日

領収金額に関する問合せ先	
担当課	_____
担当者	_____
電話番号	— —

- ※1 妊孕性温存療法により凍結した検体を用いた生腫補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生腫補助医療のこと。
- ※2 薬剤の場合は記載不要。
- 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腫補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生腫補助医療に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用は対象外です。

様式第 2-4 号～様式 5-4 号略

様式第 2-3 号

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業に係る領収金額内訳証明書  
(温存後生腫補助医療実施医療機関の連携機関)

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、温存後生腫補助医療実施医療機関の指導に基づく温存後生腫補助医療（※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 \_\_\_\_\_  
 (白署)

妊孕性温存療法を受けた者	ふりがな	_____		
	氏名	_____		
温存後生腫補助医療を受ける患者の紹介を受けた温存後生腫補助医療指定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（ ）	_____		
領収金額合計 ※2	円（内訳は以下のとおり）			
	項目	費用	円	
領収金額内訳			円	
			円	
			円	
			円	
			円	
備考	_____			

治療期間
年 月 日 ~ 年 月 日

領収金額に関する問合せ先	
担当課	_____
担当者	_____
電話番号	— —

- ※1 妊孕性温存療法により凍結した検体を用いた生腫補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生腫補助医療のこと。
- ※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腫補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生腫補助医療に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用は対象外です。

様式第 2-4 号～様式 5-4 号略

