

東京都若年がん患者等生殖機能温存治療費助成金交付要綱

	令和 3 年 9 月 1 日	3 福保医政第 9 9 9 号
改正	令和 4 年 1 1 月 1 6 日	4 福保医政第 1 2 0 6 号
改正	令和 6 年 1 2 月 2 0 日	6 保医医政第 1 2 7 0 号
改正	令和 7 年 8 月 1 5 日	7 保医医政第 7 0 3 号

第1 目的

この要綱は、東京都若年がん患者生殖機能温存治療費助成事業実施要綱（令和 3 年 9 月 1 日付 3 福保医政第 9 9 9 号。以下「実施要綱」という。）に基づく、東京都若年がん患者生殖機能温存治療費助成金の交付に際し必要な事項を定めることを目的とする。

第2 助成の範囲

この要綱による助成の対象となる費用は次の各号に掲げる治療等に際して発生する費用とする。

なお、治療等の一環として精子を精巣等から採取するための手術を伴う場合、その術式は精巣内精子生検採取法（TESE）、精巣上体内精子吸引採取法（MESA）、経皮的精巣上体内精子吸引採取法（PESA）又は精巣内精子吸引採取法（TESA）に限る。

- 1 原疾患の治療に際して行われる、精子、卵子若しくは卵巢組織を採取し凍結保存するまでの一連の医療行為、又は卵子を採取し受精させ、胚（受精卵）を凍結保存するまでの一連の医療行為
- 2 1 の医療行為により凍結した精子、卵子、卵巢組織又は胚（受精卵）の凍結保存を継続する行為
- 3 1 の医療行為により凍結した精子又は卵子を融解し、患者の配偶者（婚姻の届け出をしていないが、事実上の婚姻関係と同様の事情にあるものを含む。以下同じ。）の卵子又は精子と受精させ、生じた胚（受精卵）を患者本人又はその配偶者の子宮に移植し妊娠の確認を行うまでの一連の医療行為
- 4 1 の医療行為により凍結した胚（受精卵）を患者本人又はその配偶者の子宮に移植し妊娠の確認を行うまでの一連の医療行為
- 5 1 の医療行為により凍結した卵巢組織を患者本人に再移植する医療行為
- 6 5 の医療行為の後に実施する患者本人及びその配偶者の精子又は卵子を採取し受精させ、生じた胚（受精卵）を患者の子宮に移植し妊娠の確認を行うまでの一連の医療行為

第3 対象者

この要綱による助成の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次の各号に掲げる

要件を全て満たす者とする。

なお、第6号に掲げる要件については、第2に掲げる治療等のうち、第1号、第2号及び第5号に掲げる治療等を受ける場合にのみ、第8号に掲げる要件については、第2に掲げる治療等のうち、第1号（胚（受精卵）の凍結保存のみ）、第3号、第4号及び第6号に掲げる治療等を受ける場合にのみ、第9号に掲げる要件については、第2に掲げる治療等のうち、第3号、第4号及び第6号に掲げる治療等を受ける場合にのみ具備する必要があるものとする。

夫、妻の両者が第1号から第8号までを満たし、ともに第2に掲げる治療等のうち、第1号に掲げる治療等を受けた後に、第2に掲げる治療等のうち、第3号、第4号及び第6号に掲げる治療等を受けた場合、夫婦の一方のみに別表3の区分のいずれかで助成を行うこととし、それぞれが別に助成を受けることは認められない。

- 1 患者本人（第2に掲げる治療等のうち、第3号、第4号に掲げる治療等を受ける場合であって、患者本人が男性であるときは、その配偶者）の年齢が満43歳未満であること。
- 2 東京都の区域内に住所を有すること。
- 3 助成を受けようとする治療等について、患者本人及びその配偶者が、治療期間を同じくして他の法令等の規定により、国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付を受けていないこと。
- 4 原疾患に対する治療として以下のいずれかの治療を受けたこと。
 - （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（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
 - （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）
- 5 実施要綱第3に定める指定医療機関（他の道府県の知事が小児・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（令和3年3月23日健発0323第6号厚生労働省健康局長通知）に基づき指定した医療機関を含む。以下「指定医療機関」という。）において治療等を受けたこと。

なお、令和4年3月31日以前に東京都特定不妊治療費助成事業実施要綱（令和3年3月31日2福保子家第2082号）第3条第5号に定める東京都知事（以下「知事」という。）があらかじめ指定する医療機関（他の道府県又は指定都市（地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市をいう。）若しくは中核市

(同法第252条の22第1項の中核市をいう。)の知事又は市長が、特定不妊治療を実施するのに適当であると認め指定した医療機関を含む)において温存治療を行い、令和4年4月1日以降、その検体を用いて妊娠のための治療を行った場合は助成の対象とする。

- 6 指定医療機関の生殖医療を専門とする医師及び原疾患担当医師により、温存治療等に伴う影響について評価を行い、生命予後に与える影響が許容されると認められること。ただし、子宮摘出が必要な場合等本人が妊娠できないことが想定される場合を除く。

また、原疾患の治療前に温存治療等を行うことを基本とするが、治療中及び治療後であっても医学的な必要性がある場合は対象とする。

- 7 治療等を受けること及び厚生労働省が実施する「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」に基づく研究への臨床情報等の提供に同意すること。

ただし、対象者が未成年である場合にあっては、親権者又は未成年後見人による同意があること。

- 8 配偶者と婚姻の届出をしていること（事実上婚姻関係と同様の事情にある者として知事が別に定める要件を満たしている場合を含む。）。

- 9 第2に掲げる治療等のうち、第3号、第4号及び第6号に掲げる治療等以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと医師に診断されたこと。

第4 対象となる費用

助成対象となる費用は、第2に掲げる治療等に要した医療保険適用外費用とする。ただし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用は対象外とする。また、医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中止した場合（卵胞が発育しない等により卵子採取以前に中止した場合を除く。）の費用は含む。

主たる治療を医療保険適用で実施している場合は、先進医療等における自己負担部分は対象外とする。

第5 助成の内容

知事は、対象者が医療機関に支払った経費について、別表に定める額の範囲内で当該対象者に対し助成する。

ただし、対象者1人につき別表に定める回数又は期間を限度として助成する。

第6 申請

この要綱による助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、知事が別に定める場合を除き、第2に掲げる治療等の種類により、以下の規定に従って、知事に申請しなければならない。

- 1 第2に掲げる治療等のうち第1号及び第5号に掲げる治療

申請者は、温存治療終了後、助成を受けようとする温存療法に係る費用の支払日の属する年度内に若年がん患者等生殖機能温存治療費助成申請書（生殖機能温存治療分）

（別記第1号様式）に次に掲げる書類を添付して、知事に申請しなければならない。ただし、温存治療を実施後、期間をおかずに原疾患の治療を開始する必要がある等のやむを得ない事情により、当該年度内の申請が困難であった場合には、翌年度に申請することができる。

なお、（3）に掲げる書類については、第2に掲げる治療等のうち胚（受精卵）の凍結保存に係る経費について助成を受けようとする場合のみ、添付するものとする。

- （1）若年がん患者等生殖機能温存治療実施証明書（生殖機能温存治療分）（別記第2－1号様式）
- （2）若年がん患者等生殖機能温存治療受診等証明書（生殖機能温存治療分）（別記第3号様式）
- （3）婚姻の届出をしている夫婦であること及び婚姻の日を証明する書類（事実上婚姻関係と同様の事情にある者にあつては、他に法律上の配偶者がいないことを証明する書類、事実婚の関係にあること及び事実婚または婚姻関係が継続している間に限り胚を凍結保存することに同意することを記載した書類）
- （4）住民票の写しその他住所を確認できる書類
- （5）その他知事が必要と認める書類

2 第2に掲げる治療等のうち第3号、第4号及び第6号に掲げる治療

申請者は、一の連続する妊娠のための治療終了後、助成を受けようとする妊娠のための治療に係る費用の支払日の属する年度内に若年がん患者生殖機能温存治療費助成申請書（妊娠のための治療分）（別記第4号様式）に次に掲げる書類を添付して、知事に申請しなければならない。ただし、やむを得ない事情により、当該年度内の申請が困難であった場合には、翌年度に申請することができる。

なお、（2）に掲げる書類については、精子を精巣等から採取するための手術に要する経費について助成を受けようとする場合のみ、（3）に掲げる書類については、第2に掲げる治療等のうち第3号、第4号及び第6号に掲げる治療について助成を受けようとする場合のみ、それぞれ添付するものとする。

- （1）若年がん患者生殖機能温存治療実施証明書（妊娠のための治療分）（別記第5－1号様式）
- （2）精巣内精子生検採取法等受診証明書（別記第6号様式）
- （3）婚姻の届出をしている夫婦であること及び婚姻の日を証明する書類（事実上婚姻関係と同様の事情にある者にあつては、他に法律上の配偶者がいないことを証明する書類、事実婚の関係にあること及び治療の結果、出生した子について認知を行う意向があることを記載した書類）

(4) 住民票の写しその他住所を確認できる書類

(5) その他知事が必要と認める書類

3 第2に掲げる治療等のうち第2号に掲げる治療

申請者は、初回の凍結保存期間終了後、助成を受けようとする凍結保存の維持に係る費用の支払日の属する年度内に若年がん患者生殖機能温存治療費助成申請書（凍結更新分）（別記第7号様式）に次に掲げる書類を添付して、知事に申請しなければならない。ただし、やむを得ない事情により、当該年度内の申請が困難であった場合には、翌年度に申請することができる。

なお、初回の凍結保存を除く凍結保存の維持に係る費用の支払日が令和3年4月1日から令和7年3月31日の場合は、令和8年3月31日までに知事に申請することとする。

(1) 若年がん患者生殖機能温存治療受診等証明書（凍結更新分）（別記第8号様式）

(2) 住民票の写しその他住所を確認できる書類

(3) その他知事が必要と認める書類

第7 審査及び結果の通知

知事は、第6の規定による申請があったときは、その内容を審査し、結果を申請者に通知するものとする。

第8 助成金の支払

知事は、第7の規定による審査の結果、助成することを決定した場合は、速やかに助成する額を申請者に支払うものとする。

第9 助成決定の取消し

1 知事は、申請者が次のいずれかに該当した場合は、助成決定の全部又は一部を取り消すものとする。

(1) 偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けたとき

(2) 支払後に過誤額が確認されたとき

(3) 助成決定の内容又はこれに付した条件その他法令に違反したとき

2 知事は、前項の規定により取消しをしたときは、速やかに申請者宛てに通知する。

第10 助成金の返還

1 知事は、第9の規定により助成決定を取り消した場合において、申請者の当該取消しに係る部分に関し、既に助成金が交付されているときは、期限を定めてその返還を命ずるものとする。

2 知事は、申請者に交付すべき助成金の額を確定した場合において、既にその額を超え

る助成金が交付されているときは、期限を定めてその返還を命ずるものとする。

第11 違約加算金

- 1 知事は、第9第の規定による取消しを行った場合において、申請者に対し、本助成金の受領の日から納付の日までの日数に応じ、返還すべき額（その一部を納付した場合におけるその後の期間については、既納額を控除した額）につき年10.95パーセントの割合を乗じて計算した違約加算金（100円未満の場合を除く。）を請求するものとする。
- 2 申請者は、前項の規定による違約加算金の請求を受けたときは、知事が指定する期限までにこれを納付しなければならない。

第12 延滞金

申請者は、第9の規定により助成決定の全部又は一部を取り消され、助成金の返還を命ぜられ命ぜられた場合において、これを納期日までに納付しなかったときは、納期日の翌日から納付の日までの日数に応じ、その未納付額につき年10.95パーセントの割合で計算した延滞金（100円未満の場合を除く。）を納付しなければならない。

第13 事業の委託

知事は、この要綱に基づく事務の一部を適切な実施が期待できる団体等に委託することができる。

第14 実施細目

知事は、この要綱に定めるもののほか、助成金の交付に関して必要な細目を定めることができる。

附 則

この要綱は、公布の日から施行し、令和3年4月1日以降に開始した治療等について適用する。

附 則

この要綱は、公布の日から施行し、令和4年4月1日以降に開始した治療等について適用する。

附 則

この要綱は、公布の日から施行する。

附 則

この要綱は、公布の日から施行し、令和 6 年 1 2 月 2 5 日以降に開始した治療等について適用する。

この要綱の施行の際、この要綱による改正前の別記第 3 号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

別表 1（第 5 関係）

助成上限額及び助成上限回数（第 2 に掲げる治療等のうち第 1 号に関する助成）

凍結組織	上限額	上限回数
精子 (手術を伴う場合)	5 万円 (3 5 万円)	申請者 1 人当たり 2 回 (卵巣組織は申請者 1 人当たり 1 回)
卵子	3 0 万円	
卵巣組織	7 0 万円	
胚 (受精卵)	4 0 万円	

※ 上記の上限額には、凍結後 1 年間の保管費用を含む。

別表 2（第 5 関係）

助成上限額及び助成対象期間（第 2 に掲げる治療等のうち第 2 号に関する助成）

凍結組織	上限額	対象期間
精子	1 年につき 3 万円 (1 月につき 2,500 円)	初回の凍結保存期間が終了した日から、以下のいずれか早い日まで (1) 患者の年齢が 43 歳に達した日 (2) 妊娠のための治療について、次の区分により定める助成上限回数に達した日 ア 妻の年齢が 39 歳までに 1 回目の助成を受けた場合 通算 6 回 イ 妻の年齢が 40 歳から 42 歳までに 1 回目の助成を受けた場合 通算 3 回 (3) 患者の意思により組織等の凍結を終了した日 (4) 凍結組織が無くなった日 (5) 患者が死亡した日
卵子		
卵巣組織		
胚 (受精卵)		

別表 3（第 5 関係）

助成上限額及び助成上限回数（第 2 に掲げる治療等のうち第 3 号、第 4 号又は第 6 号に関する助成）

凍結組織	上限額（1 回あたり）	上限回数
精子	別図のとおり	申請者 1 人当たり 6 回（1 子ごと。妊娠 1 2 週以降の死産は、出産したものとみなす。） ただし、患者（男性の場合はその配偶者）の年齢が 4 0 歳を超える場合は、3 回。
卵子		
卵巣組織		
胚（受精卵）		

卵子凍結及び卵巣組織凍結を行った後に、妊娠のための治療の一環として、夫の精子採取に関し、精巣内精子生検採取法等を行う場合は、1 回につき、3 0 万円を上限とする。

別表 4（第 5 関係）

助成上限額及び助成上限回数（第 2 に掲げる治療等のうち第 5 号に関する助成）

凍結組織	上限額	上限回数
卵巣組織 （再移植）	6 0 万円	申請者 1 人当たり 1 回

受精卵凍結						
治療内容	助成 上限額	(胚解凍)	薬品投与	凍結胚移植		妊娠の 確認
				胚移植	黄体期 補充療法	
C (以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施)	10万円					

卵子凍結									
治療内容	助成 上限額	卵子解凍	採精(夫)	受精	新鮮胚移植		凍結胚移植		妊娠の 確認
					胚移植	黄体期 補充療法	胚凍結	薬品投与 胚移植	
A (新鮮胚移植を実施)	25万円								
B (凍結胚移植を実施)	25万円								
C (以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施)	10万円								
E (体調不良等により移植のめどが立たず治療終了)	25万円								
F (受精できず、または、受精したか胚が発育せず)	25万円								

精子凍結													
治療内容	助成 上限額	採卵まで			(精子解凍)	受精	新鮮胚移植			凍結胚移植			妊娠の 確認
		薬品投与 (点鼻薬)	薬品投与 (注射)	採卵			胚移植	黄体期 補充療法	胚凍結	薬品投与	胚移植	黄体期 補充療法	
A (新鮮胚移植を実施)	40万円												
B (凍結胚移植を実施)	40万円												
C (以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施)	10万円												
D (人工授精を実施)	1.82万円												
E (体調不良等により移植のめどが立たず治療終了)	30万円												
F (受精できず、または、受精したか胚が発育せず)	30万円												
G (採卵したか卵が得られない、又は 状態の良い卵が得られないため中止)	20万円												
H (卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止)	対象外												
I (排卵準備中、体調不良等により治療中止)	対象外												

卵巣組織凍結												
治療内容	助成 上限額	採卵まで			採精(夫)	受精	新鮮胚移植		凍結胚移植			妊娠の 確認
		薬品投与 (点鼻薬)	薬品投与 (注射)	採卵			胚移植	黄体期 補充療法	胚凍結	薬品投与	胚移植	
A (新鮮胚移植を実施)	40万円											
B (凍結胚移植を実施)	40万円											
C (以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施)	10万円											
D (人工授精を実施)	1.82万円											
E (体調不良等により移植のめどが立たず治療終了)	30万円											
F (受精できず、または、受精したか胚が発育せず)	30万円											
G (採卵したか卵が得られない、又は 状態の良い卵が得られないため中止)	20万円											
H (卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止)	対象外											
I (排卵準備中、体調不良等により治療中止)	対象外											

別図 3 別表

別記 第1号様式

若年がん患者等生殖機能温存治療費助成申請書
(生殖機能温存治療分)

(宛先)
東京都知事
以下のとおり申請します。

年 月 日

申請者	ふりがな							生殖機能温存治療を受けた者との関係						
	氏名													
	生年月日・性別	年		月		日生		男・女						
	住所	〒 — —												
	電話番号	—		—		※日中必ず連絡の取れる電話番号を記入								
	E-mail	※任意記入												
	患者アプリ番号(12桁)					患者アプリ番号を記載できない場合の理由								
生殖機能温存治療を受けた者(申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな													
	氏名													
	生年月日・性別	年		月		日生		男・女						
	住所	〒 — —												
	電話番号	—		—		※日中必ず連絡の取れる電話番号を記入								
東京都若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業又は他道府県の妊孕性温存療法研究促進事業の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)						1 1回目の申請 2 2回目の申請 (1回目の申請は東京都) 3 2回目の申請 (1回目の申請は他の道府県) →道府県名 ()								
今回助成を受けようとする費用について、他の公的な助成金等を受けていますか(東京都以外が助成したものを含む)						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☑) ☐ 若年がん患者等生殖機能温存治療実施証明書(生殖機能温存治療分)[別記第2-1号様式] ☐ 若年がん患者等生殖機能温存治療領収金額内訳証明書(生殖機能温存治療分)[別記第2-2号様式] ☐ 若年がん患者等生殖機能温存治療受診等証明書(生殖機能温存治療分)[別記第3号様式] ☐ 住民票の写し(個人番号の記載がなく、発行から3か月以内のもの。コピー不可。) ☐ 戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)[胚凍結の場合] ☐ 治療費等の領収書の写し ☐ 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義及び口座番号が分かるもの(写し)													
振込先	フリガナ			金融機関名				支店名		支店				
	口座名義													
	口座種別	普通・当座	口座番号											
以下の事項について同意します。(同意いただけない場合は、本助成を受けることができません。)														
- 本事業の趣旨を理解し、厚生労働省が実施する「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」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。(原則として、生殖可能年齢を越え、又は検体破棄申告があるまでの期間) - 本事業の助成状況について、他の道府県・指定都市・中核市へ照会及び提供すること。														
年 月 日										助成決定金額 ※東京都 使用欄				
申請者氏名(自署)														

別記 第1号様式

◎注意事項

- 1 生殖機能温存治療を受けた方が未婚で未成年の場合は、申請者欄には親権者名又は未成年後見人名を記載してください。
- 2 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。やむを得ず、申請者名義以外の口座への入金を希望される場合には、別途委任状の提出が必要となります。
- 3 助成決定金額は、東京都保健医療局医療政策部医療政策課（下記「問合せ先」に同じ）から文書で通知します。
- 4 助成の対象となる治療費は、生殖機能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は対象外です。また、初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用について助成を受ける場合は、別途申請の必要があります。
- 5 助成額は、生殖機能温存治療に要した医療保険適用外費用であり、精子凍結は5万円、精子凍結（精巣内精子採取）は35万円、胚（受精卵）凍結は40万円、未受精卵子凍結は30万円、卵巢組織凍結は70万円、卵巢組織再移植は60万円が上限となります。
- 6 助成回数は、合計2回（卵巢組織凍結、卵巢組織再移植は各1回）までです。
- 7 本事業の対象となる費用について、他の制度に基づく助成を受けている場合は、本事業の助成を受けることができません。
- 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、当該医療機関に別記第2－2号様式の発行を依頼してください。
- 9 医療機関によっては、別記第2－1号様式、別記第2－2号様式及び別記第3号様式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生殖機能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。
- 11 書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますので御注意ください。
- 12 助成金を支給できない場合は、その理由を付して通知します。

郵送先

〒163－8001
東京都新宿区西新宿2－8－1
東京都保健医療局 医療政策部 医療政策課 がん対策担当
※ 東京都庁専用郵便番号「163－8001」を記入すれば宛先住所を省略しても届きます。

問合せ先

東京都保健医療局 医療政策部 医療政策課 がん対策担当
電 話 03－5320－4389（直通）

別記 第2-1号様式

若年がん患者等生殖機能温存治療実施証明書 (生殖機能温存治療分)

若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業交付要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、生殖機能温存治療(※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 _____
 生殖機能温存治療主治医氏名(自署) _____

生殖機能 温存治療を 受けた者	ふりがな		生年月日	年	月	日生
	氏名		性別	男 ・ 女		
	患者アプリ 番号		患者アプリ番号がない 場合、その理由			
若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業の指定医療 機関である。			はい ・ いいえ			
生殖機能温存治療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()			
東京都若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業又は 他道府県の妊孕性温存療法研究促進事業の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)			1 1回目の申請 2 2回目の申請(1回目の申請は東京都) 3 2回目の申請(1回目の申請は他の道府県) →道府県名()			
治療方法	I	男性へ生殖機能温存治療を実施した場合は、こちらに記入してください。 (いずれかの番号に○を付けてください。)				
		1 精子凍結保存	生殖機能温存治療開始日 (年 月 日) 凍結保存日 (年 月 日) 生殖機能温存治療終了日 (年 月 日) (上記実施日と同じ場合も記載してください。)			
		2 精子凍結保存 (精巣内精子採取)	実施医療機関 ()			
	II	女性へ生殖機能温存治療を実施した場合はこちらに記入してください。 (いずれかの番号に○を付けてください。)				
		1 胚(受精卵)凍結保存 2 未受精卵子凍結保存 3 卵巣組織凍結保存 4 卵巣組織再移植	生殖機能温存治療開始日 (年 月 日) 凍結保存日 (年 月 日) 生殖機能温存治療終了日 (年 月 日) (上記実施日と同じ場合も記載してください。)			
		実施医療機関 ()				
III	他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに御記入ください。(※2) 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 () 上記の医療費について、今回の領収金額に 含む ・ 含まない					
領収金額合計		円 (内訳は裏面のとおり)				
備考(※3)						

※1 原疾患の治療に際して行われる、精子、卵子又は卵巣組織を採取し凍結保存するまでの一連の医療行為、卵子を採取し受精させ、胚(受精卵)を凍結保存するまでの一連の医療行為、若しくは凍結保存した卵巣組織を再移植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 生殖機能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。

別記 第2-1号様式

領収金額 内訳証明書

項 目	費 用
精子、卵子、卵巢組織の採取に要した費用 (検査や排卵誘発剤代などを含む。)	円
胚(受精卵)を凍結保存する場合の受精に要した費用 (受精料、培養料など) ※受精に必要な夫の検査に要した費用を含む。	円
凍結保存に要した費用 (凍結処置料、初回の凍結保存料など) ※更新料は含まない。	円
入院等に要した費用 ※差額ベッド代、食事療養費は対象外	円
初診料	円
その他()	円
その他()	円
その他()	円
その他()	円
合 計	円

治療期間
年 月 日 ~ 年 月 日

領収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	— —

- ・ 助成対象となる費用のみを計上してください。
- ・ 助成の対象となる費用は、ガイドラインに基づき行われる生殖機能温存治療に要する費用のうち、精子、卵子、卵巢組織の採取及び凍結、胚(受精卵)の凍結、並びに卵巢組織再移植に係る医療保険適用外費用とします。
- ・ 助成の対象となる費用は、生殖機能温存治療及び初回の凍結保存に要した費用に限るものとし、入院室料(差額ベッド代等)、食事療養費及び文書料等の治療に直接関係のない費用は対象外です。また、初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用について助成を受ける場合は、別途申請の必要があります。
- ・ 生殖機能温存治療の意思決定支援(カウンセリング)に要した費用は、対象とします。
ただし、意思決定支援を実施した結果、生殖機能温存治療を開始しなかった場合は対象外とします。
- ・ 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。

若年がん患者等生殖機能温存治療領収金額内訳証明書
(生殖機能温存治療分)

若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業交付要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、生殖機能温存治療実施医療機関の指導に基づく生殖機能温存治療(※1)の一部を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

診療科

担当医師氏名(自署)

生殖機能 温存治療を 受けた者	ふりがな		生年月日	年	月	日生
	氏名		性別	男 ・ 女		
生殖機能温存治療を受ける患者の紹介を受けた生殖機能 温存治療指定医療機関名と当該医師名			医療機関の名称() 生殖機能温存治療主治医の氏名 ()			
領収金額合計 ※2	円(内訳は以下のとおり)					
領収金額内訳	項目		費 用			
			円			
			円			
			円			
			円			
			円			
			円			
備考						

治療期間						
年	月	日	～	年	月	日

領収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	— —

※1 生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療に際して精子、卵子又は卵巢組織を採取し、これを凍結保存するまでの一連の医療行為、卵子を採取し、受精させ、胚(受精卵)を凍結保存するまでの一連の医療行為、若しくは凍結保存した卵巢組織を再移植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、生殖機能温存治療及び初回の凍結保存に要した費用に限るものとし、入院室料(差額ベッド代等)、食事療養費及び文書料等の治療に直接関係のない費用は対象外です。また、初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用について助成を受ける場合は、別途申請の必要があります。

別記 第3号様式

若年がん患者等生殖機能温存治療受診等証明書
(生殖機能温存治療分)

事業対象となる生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療を次のとおり実施した(実施予定である)ことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

診療科

原疾患治療主治医氏名(自署)

生殖機能 温存治療を 受けた (受ける)者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日 ・性別等	年	月	日生 男・女
治療方法	原疾患について			
	原疾患名(※1) 		左記の診断日 年 月 日 診断医療機関名 ()	
	原疾患に対する治療のうち、事業の対象となる治療			
	該当する番号に○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」(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 上記1の場合は、具体的な治療内容について、裏面の「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」にチェックを付けてください。 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、先天性代謝異常症、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	
	生殖機能温存治療実施医療機関名			
東京都若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業 (生殖機能温存治療分)又は 他道府県の妊孕性温存療法研究促進事業の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください。)		1 1回目の申請 2 2回目の申請(1回目の申請は東京都) 3 2回目の申請(1回目の申請は他の道府県) → 道府県名() 4 上記いずれにも該当せず、原疾患治療の 証明のみ		

※1 原疾患名の欄には、がん等の診断名(例:悪性リンパ腫、再生不良性貧血など)を記載してください。

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			治療による早発卵巣不全(POI)リスク		
			「低」	「中」	「高」
化学療法	Cyclophosphamide equivalent dose(CED)		☐ <4,000 mg/m ²	☐ 4,000～8,000 mg/m ²	☐ >8,000 mg/m ²
			思春期前(月経未発来)の場合には以下の範囲となる。初経後しばらくは明確な線引きが困難		
			☐ <8,000 mg/m ²	☐ 8,000～12,000 mg/m ²	☐ >12,000 mg/m ²
	薬剤別	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		
		ビンカルカロイド	☐ VCR		
		モノクローナル抗体	☐ Bmab		
	レジメン別	AC/EC±タキサン	☐ AC×4サイクル(40歳未満) ☐ AC/EC×4サイクル+タキサン(35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				☐ TMZ+頭蓋照射 ☐ BCNU+頭蓋照射 ☐ アルキル化薬+骨盤照射	
造血幹細胞移植				☐ CPA、BU、L-PAMを含むレジメン ☐ 全身照射を含むレジメン	
放射線治療			☐ 放射性ヨウ素(I-131)		
	頭蓋照射				☐ >40 Gy
	腹部／骨盤(思春期前)			☐ 10-＜15 Gy	☐ ≥15 Gy
	腹部／骨盤(思春期以降)			☐ 5-＜10 Gy	☐ ≥10 Gy
	腹部／骨盤(成人女性)				☐ >6 Gy

男性			治療関連による無精子症になるリスク		
			低リスク	中リスク	高リスク
化学療法	Cyclophosphamide equivalent dose(CED)		☐ <4,000 mg/m ² ☐ <4,000 mg/m ² : 約90%は精液所見正常	— —	☐ ≥4,000 mg/m ² ≥4,000 mg/m ² :精子運動性低下 ≥8,000 mg/m ² :無精子症が遷延・永続
	薬剤別	アルキル化薬	CEDの項で該当か所にチェックすること。		
		白金製剤		☐ CDDP<600 mg/m ² ☐ CBDCA ☐ L-OHP	☐ CDDP>600 mg/m ²
		アントラサイクリン		☐ DXR ☐ IDR ☐ DNR ☐ MIT	
		代謝拮抗薬	☐ 6-MP ☐ MTX ☐ Flu	☐ Ara-C ☐ GEM	
		ビンカルカロイド	☐ VCR ☐ VBL		
		その他	☐ ETP ☐ BLM ☐ Act-D ☐ MMC		
	レジメン別		☐ ABVD ☐ CHOP ☐ COP	☐ BEP 2～4サイクル	☐ 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+骨盤照射 ☐ アルキル化薬+精巣照射 ☐ TMZ+頭蓋照射 ☐ BCNU+頭蓋照射
	造血幹細胞移植				☐ BU+CPA ☐ Flu+L-PAM ☐ アルキル化薬+全身照射
放射線治療			☐ 放射性ヨウ素(I-131)		
	全身照射				☐ 実施あり
	頭蓋照射				☐ ≥40 Gy
	骨盤照射				☐ 実施あり
	精巣照射		☐ <0.7 Gy	☐ 1～6 Gy	☐ 成人男性 >2.5 Gy ☐ 小児 ≥6 Gy

別記 第4号様式

若年がん患者等生殖機能温存治療費助成申請書
(妊娠のための治療分)

(宛先)
東京都知事
以下のとおり申請します。

年 月 日

申請者	ふりがな											
	氏名											
	生年月日・性別	年			月			日生			男・女	
	住所	〒 ー ー										
	電話番号	ー			ー			※日中必ず連絡の取れる電話番号を記入				
	E-mail	※任意記入										
配偶者 (事実婚を含む)	ふりがな								生年月日			
	氏名								年 月 日生			
過去にこの助成金 (妊娠のための治療)の交付を受けたことがありますか。 (他自治体での助成を含みます)	☐ はい	1. 東京都での助成歴 ☐ あり → 自身が過去()回受けた パートナーが過去()回受けた ☐ なし										
		☐ いいえ	2. 他の自治体での助成歴 ☐ あり → 自身が過去()回受けた パートナーが過去()回受けた ☐ なし ()道府県・()市									
			3. 今回の治療が2人目以降の治療の場合、過去の助成回数のリセットを希望しますか。 ☐ はい → 出生日又は死産日 (年 月 日) ☐ いいえ									
東京都若年がん患者等生殖機能温存治療費助成決定通知書 (生殖機能温存治療分)に記載された申請番号								()				
今回助成を受けようとする費用について、他の公的な助成金等を受けていますか(東京都以外が助成したものを含む)								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☑) ☐ 若年がん患者等生殖機能温存治療実施証明書(妊娠のための治療分)[別記第5-1号様式] ☐ 若年がん患者等生殖機能温存治療領収金額内訳証明書(妊娠のための治療分)[別記第5-2号様式] ☐ 住民票の写し(個人番号の記載がなく、発行から3か月以内のもの。コピー不可。) ☐ 戸籍全部事項証明書(戸籍謄本) ☐ 治療費等の領収書の写し ☐ 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義及び口座番号が分かるもの(写し) ☐ 若年がん患者等生殖機能温存治療受診等証明書(生殖機能温存治療分)[別記第3号様式] (以前に提出していない場合)											
振込先	フリガナ				金融機関名			支店名		支店		
	口座名義											
	口座種別	普通・当座	口座番号									
以下の事項について同意します(同意いただけない場合は、本助成を受けることができません。) ・ 本事業の趣旨を理解し、厚生労働省が実施する「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」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。(原則として、生殖可能年齢を越え、又は検体破棄申告があるまでの期間) ・ 本事業の助成状況について、他の道府県・指定都市・中核市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 ※東京都 使用欄				

別記 第4号様式

◎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。やむを得ず、申請者名義以外の口座への入金希望される場合には、別途委任状の提出が必要となります。
- 2 助成決定金額は、東京都保健医療局医療政策部医療政策課(下記「問合せ先」に同じ)から文書で通知します。
- 3 助成の対象となる治療費は、生殖機能温存治療により凍結した検体を用いた又は凍結した検体の再移植後に実施した妊娠のための治療に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。
ただし、入院室料(差額ベッド代等)、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用は対象外です。
- 4 助成額は、3に記載の費用であり、凍結未受精卵子を用いて胚を作成し新鮮胚移植を実施する場合は25万円、凍結未受精卵子を用いて胚を作成し凍結、短期間のうち胚を解凍して胚移植を実施する場合は25万円、凍結した卵巣組織再移植後の場合は40万円、凍結精子を用いた場合は40万円が上限となります。
ただし、以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合は10万円、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20万円、人工授精を行う場合は、1. 82万円が上限となります。
また、卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止した場合及び排卵準備中、体調不良等により治療中止した場合は対象外となります。
- 5 本事業の対象となる費用について、他の制度に基づく助成を受けている場合は、本事業の助成を受けることができません。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できません。
- 6 助成対象の治療の一部を指定医療機関とは別の機関で実施し、当該医療機関に対して支払いを行った場合で、当該費用も含めて助成を求める場合は、治療と費用の内容が分かる領収書及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、当該医療機関に別記第5-2号様式の発行を依頼してください。
- 7 医療機関によっては、別記第3号様式、別記第5-1号様式及び別記第5-2号様式の発行に費用がかかる場合がありますが、その費用は自己負担となります。
- 8 本事業に参加する方の生殖機能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。
- 9 書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますので御注意ください。
- 10 助成金を支給できない場合は、その理由を付して通知します。

郵送先

〒163-8001
東京都新宿区西新宿2-8-1
東京都保健医療局 医療政策部 医療政策課 がん対策担当
※ 東京都庁専用郵便番号「163-8001」を記入すれば宛先住所を省略しても届きます。

問合せ先

東京都保健医療局 医療政策部 医療政策課 がん対策担当
電 話 03-5320-4389(直通)

別記 第5－1号様式

若年がん患者等生殖機能温存治療実施証明書 (妊娠のための治療分)

若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業交付要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、妊娠のための治療(※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
 主治医氏名(自署)

妊娠のための治療の対象者(※2)	ふりがな		生年月日	年 月 日生	
	氏名		性別	男 ・ 女	
	患者アプリ番号		患者アプリ番号がない場合、その理由		
配偶者(事実婚を含む)	ふりがな		生年月日	年 月 日生	
	氏名		性別	男 ・ 女	
若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業の妊娠のための治療に係る指定医療機関である。			はい ・ いいえ		
対象者又は配偶者は、過去に若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業(生殖機能温存治療分)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) 助成を受けた道府県名()					
治療方法	I	助成対象となる治療は、生殖機能温存治療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。		妊娠のための治療開始日 (年 月 日)	
		1 凍結した胚(受精卵)を用いた妊娠のための治療		妊娠のための治療終了日 (年 月 日)	
		2 凍結した未受精卵子を用いた妊娠のための治療			
		3 凍結した卵巣組織再移植後の妊娠のための治療			
	II	4 凍結した精子を用いた妊娠のための治療		※上記開始日と同じ場合も記載してください。	
		実施した治療又は内容の該当する記号に○を付けてください。			
		A 新鮮胚移植を実施			
		B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施(採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3周期程度の間隔を空けた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合。OHSS(卵巣過剰刺激症候群)等を含む。)			
		C 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施			
		D 人工授精を実施			
E 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了					
III	F 受精できず、または、受精したが胚が発育せず				
	G 採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止				
	I 以外で他医療機関依頼、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() 上記の医療費について、今回の領収金額に 含む ・ 含まない				
領収金額合計		円 (内訳は裏面のとおり)			
備考					

※1 生殖機能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 生殖機能温存治療を受け、妊娠のための治療に用いた凍結検体の提供者又は凍結検体を再移植した方の氏名を記載すること。

※3 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で治療を行った場合は、その内容をⅢに記載してください。一連の治療に直接係る費用として、本領収金額以外の追加の費用申請が対象者からあった場合、Ⅲに記載が認められない内容は助成対象外となる可能性があります。

別記 第5－1号様式

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	— —

- ・ 助成対象となる費用のみを計上してください。
- ・ 助成の対象となる治療費は、生殖機能温存治療により凍結した検体を用いた妊娠のための治療又は凍結した検体の再移植後に実施した妊娠のための治療に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用は対象外です。
- ・ 卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止した場合及び排卵準備中、体調不良等により治療中止した場合の費用は対象外です。
- ・ 本証明書を発行する医療機関が領収した金額のみを記入ください。一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、その治療費用は当該医療機関からの証明書等を患者本人に提出いただくことにより、別途確認を行いますので本証明書には記載不要です。

若年がん患者等生殖機能温存治療領収金額内訳証明書
(妊娠のための治療分)

若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業交付要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、妊娠のための治療実施医療機関の指導に基づく妊娠のための治療(※1)の一部を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日 医療機関の所在地 _____
医療機関の名称 _____
診療科 _____
担当医師氏名(自署) _____

妊娠のための治療の対象者	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		
妊娠のための治療を受ける患者の紹介を受けた妊娠のための治療指定医療機関名と当該医師名			医療機関の名称() 妊娠のための治療主治医の氏名()			
領収金額合計 ※2	円(内訳は以下のとおり)					
領収金額内訳	項目		費用			
			円			
			円			
			円			
			円			
			円			
備考						

治療期間
年 月 日 ~ 年 月 日

領収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	— —

※1 生殖機能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、生殖機能温存治療により凍結した検体を用いた妊娠のための治療又は凍結した検体の再移植後に実施した妊娠のための治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。

別記 第6号様式

精巣内精子生検採取法等受診等証明書

下記の者については、体外受精又は顕微授精に至る過程の一環として、精巣内精子生検採取法（TESE）、精巣上体内精子吸引採取法（MESA）、経皮的精巣上体内精子吸引採取法（PESA）又は精巣内精子吸引採取法（TESA）による手術を実施し、これに係る医療費を下記のとおり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） _____

受診者	ふりがな		生年月日	
	氏名		年	月 日生
	患者アプリ番号		患者アプリ番号がない場合、その理由	
配偶者	ふりがな		生年月日	
	氏名		年	月 日生
手術方法	1 TESE 2 MESA 3 PESA 4 TESA			
	該当する番号に○を付けてください。		精子回収の結果	1 得られた 2 得られずに治療中止
手術日	年 月 日		（精子を精巣等から採取するための手術を実施した日）	
領収金額	円		※手術に要した費用（保険適用外に限る。）	
体外受精又は顕微授精を実施する指定医療機関名				

領収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	— —

医療機関の方へ この証明書の記入に当たっては、下記の点に御注意ください。

- ・ 助成対象となる手術は、体外受精及び顕微授精に至る過程の一環として行われる、精巣内精子生検採取法（TESE）、精巣上体内精子吸引採取法（MESA）、経皮的精巣上体内精子吸引採取法（PESA）又は精巣内精子吸引採取法（TESA）であり、医療保険が適用されないものに限ります。
- ・ 助成対象となる手術は、治療期間の終了日の属する年度又はその前年度に手術を実施したものに限ります。
- ・ 助成対象となる費用は、医療保険が適用されない手術代及び精子凍結料（精子保存料・管理料は対象外）です。
- ・ 本医療費に係る助成金の申請をする場合は、生殖機能温存治療費助成（妊娠のための治療分）の申請と同時に申請する必要があります。
- ・ 体外受精又は顕微授精が助成の対象とならなかった場合は、本医療費についても助成の対象となりません。

患者様へ この証明書の取り扱いについては、下記の点に御注意ください。

- ・ この証明書は、体外受精又は顕微授精を受ける指定医療機関で「若年がん患者生殖機能温存治療受診等証明書（妊娠のための治療分）」（第5－1号様式）を発行していただく際に提示してください。
- ・ 助成対象となる手術は、治療期間の終了日の属する年度又はその前年度に手術を実施したものに限ります。
- ・ 本医療費に係る助成金の申請をする場合は、生殖機能温存治療費助成（妊娠のための治療分）の申請と同時に申請する必要があります。
- ・ 体外受精又は顕微授精が助成の対象とならなかった場合は、本医療費についても助成の対象となりません。

別記 第7号様式

若年がん患者等生殖機能温存治療費助成申請書
(凍結更新分)

(宛先)
東京都知事
以下のとおり申請します。

年 月 日

申請者	ふりがな							生殖機能温存治療を受けた者との関係					
	氏名												
	生年月日・性別	年		月		日生		男・女					
	住所	〒 - -											
	電話番号	-		-		※日中必ず連絡の取れる電話番号を記入							
	E-mail	※任意記入											
	患者アプリ番号 (12桁)					患者アプリ番号を記載できない場合の理由							
生殖機能温存治療を受けた者(申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな												
	氏名												
	生年月日・性別	年		月		日生		男・女					
	住所	〒 - -											
	電話番号	-		-		※日中必ず連絡の取れる電話番号を記入							
生殖機能温存治療について、助成金の交付を受けたことがありますか。													
☐ 東京都での助成歴あり 東京都若年がん患者等生殖機能温存治療費助成決定通知書(生殖機能温存治療分)に記載された申請番号 → () ☐ 他道府県の助成歴あり 道府県名 → ()													
本事業における「凍結更新に係る費用」の申請回数 ※初回の凍結保存費用を除きます。								()回目の申請					
妊娠のための治療について、助成金の交付を受けたことがありますか。 ※他自治体での助成を含みます。								東京都・他の自治体での助成歴 ☐ あり → 過去()回受けた ☐ なし					
今回助成を受けようとする費用について、他の公的な助成金等を受けていますか(東京都以外が助成したものを含む)								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☑) ☐ 若年がん患者等生殖機能温存治療実施証明書(凍結更新分)[別記第8号様式] ☐ 住民票の写し(個人番号の記載がなく、発行から3か月以内のもの。コピー不可。) ☐ 治療費等の領収書の写し ☐ 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義及び口座番号が分かるもの(写し)												
振込先	フリガナ			金融機関名				支店名		支店			
	口座名義												
	口座種別	普通・当座	口座番号										
以下の事項について同意します(同意いただけない場合は、本助成を受けることができません。)。 ・ 本事業の趣旨を理解し、厚生労働省が実施する「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」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。(原則として、生殖可能年齢を越え、又は検体破棄申告があるまでの期間) ・ 本事業の助成状況について、他の道府県・指定都市・中核市へ照会及び提供をすること。													
年 月 日										助成決定金額 ※東京都 使用欄			
申請者氏名(自署)													

別記 第7号様式

◎注意事項

- 1 生殖機能温存治療を受けた方が未婚で未成年の場合は、申請者欄には親権者名又は未成年後見人名を記載してください。
- 2 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。やむを得ず、申請者名義以外の口座への入金を希望される場合には、別途委任状の提出が必要となります。
- 3 助成決定金額は、東京都保健医療局医療政策部医療政策課（下記「問合せ先」に同じ）から文書で通知します。
- 4 助成の対象となる治療費は、生殖機能温存のために凍結した精子、卵子、卵巣組織、胚（受精卵）の凍結保存の継続に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。
初回の凍結保存に係る費用については、生殖機能温存治療に係る費用として助成しますので、凍結更新の助成対象外となります。
- 5 助成額は、1年間につき3万円が上限となります。1年に満たない期間は、1年間としてカウントします。
- 6 助成対象期間は、初回の凍結保存期間が終了した日から、以下のいずれか早い日までとします。
 - (1) 患者の年齢が43歳に達した日
 - (2) 妊娠のための治療について、次の区分により定める助成上限回数に達した日
妻の年齢が39歳までに1回目の助成を受けた場合 通算6回
妻の年齢が40歳から42歳までに1回目の助成を受けた場合 通算3回
 - (3) 患者の意思により組織等の凍結を終了した日
 - (4) 凍結組織が無くなった日
 - (5) 患者が死亡した日
- 7 本事業の対象となる費用について、他の制度に基づく助成を受けている場合は、本事業の助成を受けることができません。
- 8 医療機関によっては、別記第8号様式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。
- 9 本事業に参加する方の生殖機能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。
- 10 書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますので御注意ください。
- 11 助成金を支給できない場合は、その理由を付して通知します。

郵送先

〒163-8001
東京都新宿区西新宿2-8-1
東京都保健医療局 医療政策部 医療政策課 がん対策担当
※ 東京都庁専用郵便番号「163-8001」を記入すれば宛先住所を省略しても届きます。

問合せ先

東京都保健医療局 医療政策部 医療政策課 がん対策担当
電 話 03-5320-4389(直通)

別記 第8号様式

若年がん患者等生殖機能温存治療受診等証明書
(凍結更新分)

若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業交付要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、生殖機能温存治療(※1)を実施後凍結した胚(受精卵)、精子、卵子又は卵巢組織を保存し、次のとおり凍結更新に係る費用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

生殖機能温存治療主治医氏名(自署)

生殖機能 温存治療を 受けた者	ふりがな		生年月日	年	月	日生
	氏名		性別	男 ・ 女		
	患者アプリ 番号		患者アプリ番号がない 場合、その理由			
若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業の 指定医療機関である。			はい ・ いいえ			
若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業における 凍結更新に係る費用の申請回数（初回の凍結保存費用を除く）			（ ）回目の申請			
凍結保存した組織等	1 胚（受精卵） 2 精子 3 卵子 4 卵巣組織			※該当する番号に ○を付けてください		
初回の 凍結保存期間	年 月 日（凍結日） ～			年 月 日		
申請対象の 凍結保存期間	年 月 日（更新日） ～			年 月 日		
領収金額	円					
原疾患治療を 実施する医療機関	1 自施設 2 他施設（ ）					
妊娠のための治療を 実施する医療機関	1 自施設 2 他施設（ ）					
備考						

※1 原疾患の治療に際して行われる、精子、卵子又は卵巣組織を採取し凍結保存するまでの一連の医療行為、若しくは卵子を採取し受精させ、胚(受精卵)を凍結保存するまでの一連の医療行為のこと。

領収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	— —

- ・ 助成の対象となる費用は、精子、卵子、胚(受精卵)及び卵巣組織の凍結保存に係る医療保険適用外費用とします。
- ・ 費用の支払いが年払いの場合は、1年分につき本証明書を1通作成してください。
2年払いの場合は、2年分につき1通作成してください。
- ・ 費用の支払いが月払いの場合は、1年分をまとめて本証明書を1通作成してください。