浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付要綱

（目的）

第１条　浜松市は、将来子どもを授かることを望むがん患者等の経済的負担の軽減を図るため、妊孕性温存療法及び妊孕性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療等（以下「温存後生殖補助医療」という。）に要する費用の一部について、予算の範囲内で補助金を交付するものとし、その交付に関しては、浜松市補助金交付規則（昭和 55 年３月 31 日浜松市規則第 17 号。以下「規則」という。）及びこの要綱の定めるところによる。

（定義）

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

(1) 妊孕性温存療法

生殖機能が低下する又は失う可能性のあるがん治療等に関して精子、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、又は卵子を採取し受精させ、胚（受精卵）を凍結保存するまでの一連の医療行為をいう。

(2) 温存後生殖補助医療

(1)で凍結した検体を用いた生殖補助医療、又は(1)を受けた者が受ける生殖補助医療をいう。

(3) ガイドライン

「小児・ＡＹＡ世代がん患者等の妊孕性温存に関する診療ガイドライン」（一般社団法人日本癌治療学会編）をいう。

(4) 保険適用外

医療を受けるにあたり、医療保険各法の規定による医療に関する給付を受けることができず、その費用が全額自己負担となる場合をいう。

(5) 国実施要綱

「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 4 年 3 月 23 日付け健発 0323 号第 4 号厚生労働省健康局長通知）」をいう。

(6) 妊孕性温存療法開始日

精子、卵子又は卵巣組織の採取のために治療を開始した日をいう。

(7) 凍結保存日

精子、卵子、胚（受精卵）又は卵巣組織を凍結保存した日をいう。

（妊孕性温存療法の補助対象者）

第３条　補助金の交付対象となる者は、次の各号に掲げる要件を全て満たし、かつ第２項又は第３項に掲げる要件を全て満たす者のうち市税を完納している者とする。

(1) 妊孕性温存療法の凍結保存時に 43 歳未満の者。なお、別表１の胚（受精卵）凍結に

係る治療の場合は、原則、開始日時点で法律婚の関係にある夫婦のうち、女性が妊孕性温存療法対象者である場合とするが、生まれてくる子の福祉に配慮しながら、事実婚（婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある場合をいう。以下同じ。）の関係にある者も対象とする。婚姻関係の確認手法は第６条で定める。

(2) 申請時において浜松市に住所を有する者

(3) 静岡県が指定する医療機関の生殖医療を専門とする医師及び原疾患担当医師により、妊孕性温存療法に伴う影響について評価を行い、生命予後に与える影響が許容されると認められる者。ただし、子宮摘出が必要な場合など、本人が妊娠できないことが想定される場合は除く。また、妊孕性を低下させる恐れのある原疾患治療前を基本としているが、治療中及び治療後であっても医学的な必要性がある場合には対象とする。

２　小児・ＡＹＡ世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業（以下、「国制度」という。）による補助を受けている場合の要件は、次の各号に掲げるとおりとする。

(1) 以下のいずれかに該当する原疾患の治療を受けている者

ア　ガイドラインの妊孕性低下リスク分類に示された治療

イ　長期間の治療によって卵巣予備能の低下が想定されるがん疾患：乳がん（ホルモン療法）等

ウ　造血幹細胞移植が実施される非がん疾患：再生不良性貧血、遺伝性骨髄不全症候群（ファンコニ貧血等）、原発性免疫不全症候群、先天代謝異常症、サラセミア、鎌状赤血球症、慢性活動性ＥＢウイルス感染症等

エ　アルキル化剤が投与される非がん疾患：全身性エリテマトーデス、ループス腎炎、多発性筋炎・皮膚筋炎、ベーチェット病等

(2) 別表２(1)に示す医療機関において妊孕性温存療法を受けた者

(3) 妊孕性温存療法の研究への臨床情報等の提供をすることに同意する者。ただし、補助の対象者が未成年者である場合は、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。なお、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は不要とする。

３　国制度による補助を受けていない場合の要件は、次の各号に掲げるとおりとする。

(1) ガイドラインに基づき、がん治療等により生殖機能が低下する又は失う恐れがあると医師に診断された者

(2) 別表２(2)に示す医療機関において妊孕性温存療法を受けた者

４　前項までの規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する事業は、補助の対象としない。

(1) 市の他の助成制度による財政的支援を受けた事業、又は受ける見込みのある事業
(2) 国、他の地方公共団体又は公共的団体の助成制度による財政的支援を受けた事業、又は受ける見込みのある事業

（温存後生殖補助医療の補助対象者）

第４条　補助金の交付対象となる者は、次の各号に掲げる要件を全て満たし、市税を完納している者とする。

(1) 原則として、夫婦のいずれかが第３条第１項第１号を満たし、別表１に定める治療を受けた後に、別表２(2)に示す医療機関において、別表３に定める治療を受けた場合であって、別表３に定める治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがない又は極めて少ないと医師に診断された者
(2) 別表３に定める対象となる治療初日における妻の年齢が43 歳未満である者
(3) 申請時において浜松市に住所を有する者
(4) 別表２（2）に示す医療機関において、妊孕性温存後生殖補助医療を受けた者
(5) 静岡県が指定する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より、温存後生殖補助医療に伴う影響について評価を行い、生命予後に与える影響が許容されると認められる者
(6) 夫、妻の両者が第３条を満たし、それぞれ別表１に定める治療を受けた後に、別表３に定める治療を受けた場合、夫婦の一方のみに第９条に定める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。なお、事実婚の関係にある者も同様とする。

（補助の対象とならない者）

第５条　第３条及び前条の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者は、補助の対象としない。

(1) 暴力団（浜松市暴力団排除条例（平成 24 年浜松市条例第 81 号。以下「条例」という。）第２条第１号に規定する暴力団をいう。）
(2) 暴力団員等（条例第２条第４号に規定する暴力団員等をいう。以下同じ。）
(3) 暴力団員等と密接な関係を有する者
(4) 前３号に掲げる者のいずれかが役員等（無限責任社員、取締役、執行役若しくは監査役又はこれらに準じるべきもの、支配人及び清算人をいう。）となっている法人その他の団体
(5) 前各号に掲げる者のほか、公の秩序に反するおそれがあると認められる団体

（婚姻関係の確認）

第６条　別表１に定める胚（受精卵）凍結に係る治療又は別表３に定める温存後生殖補助医療に係る申請があった場合、以下の方法で婚姻関係を確認する。

(1) 法律婚の場合

両人から戸籍謄本の提出を求め、確認することとする。

(2)　事実婚の場合

以下のア～ウ の書類の提出を求め、確認することとする。

ア　両人の戸籍謄本（重婚でないことの確認のため。）

イ　両人の住民票（同一世帯であるかの確認のため。同一世帯でない場合は、ウでその理由について記載を求めること。）

ウ　事実婚関係に関する申立書（様式第５号又は様式第９号）

なお、事実婚関係にある夫婦が本事業の助成を受ける場合は、温存後生殖補助医療の結果、出生した子について認知を行う意向があること。

（補助対象経費）

第７条　補助の対象となる経費（以下「補助対象経費」という。）は、妊孕性温存療法、初回の凍結保存並びに温存後生殖補助医療に要する費用とし、別表１又は別表３に定める治療に要する費用に限るものであること、また、当該費用が保険適用外となる場合に限るものとする。

２　前項で定める補助対象経費には、入院費、入院時の食事代等治療に直接関係のない費用及び凍結保存の維持（２回目以降）に係る費用を含まないものとする。また、温存後生殖補助医療において主たる治療を医療保険適用で実施している場合における先進医療等の自己負担額は対象外とする。

３　第１項で定める治療に要する費用には、患者の状態により医師の判断で妊孕性温存治療を中止した場合、それまでに要した費用を含めることができるものとする。

（妊孕性温存療法補助金の交付額等）

第８条　補助金の交付額は、前条に定める補助対象経費の範囲内において市長が定める額とし、別表１に定める金額を限度とする。ただし、妊孕性温存療法の補助対象者１人につき通算２回を限度とする。なお、異なる治療を受けた場合であっても通算２回を限度とする。また、他の都道府県等が実施する妊孕性温存療法支援事業の補助についても、通算回数に含めるものとする。

（温存後生殖補助医療補助金の交付額等）

第９条　補助金の交付額は、第７条に定める補助対象経費の範囲内において市長が定める額とし、別表３に定める金額を限度とする。温存後生殖補助医療補助の回数は、初めて温存後生殖補助医療の助成を受けた際の開始日における妻の年齢が40歳未満である場合、通算６回（40 歳以上であるときは通算３回）までとする。ただし、助成を受けた後、出産した場合は、住民票と戸籍謄本等で出生に至った事実を確認した上で、これまで受けた助成回数をリセットすることとする。また、妊娠12週以降に死産に至った場合は、死産届の写し等により確認した上で、これまで受けた助成回数をリセットすることとする。

（補助の申請）

第 10 条　第３条に定める対象者で補助を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、妊孕性温存療法終了後、浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請書（妊孕性

温存療法分）（様式第１号）により、次の書類を添え、市長に申請しなければならない。なお、申請者は、市税を完納している者のうち、第５条各号のいずれにも該当しない者とする。

(1) 浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する証明書（妊孕性温存療法実施医療機関）（様式第２号）

(2) 浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する領収金額内訳証明書（妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関）（様式第３号）（妊孕性温存治療の一部を連携医療機関で実施した場合のみ。）

(3) 浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する証明書（原疾患治療実施医療機関）（様式第４号）及び化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表（様式第４号の２）

(4) 補助の対象となる妊孕性温存治療費の領収書

(5) 婚姻関係を確認できる書類（別表１に定める胚（受精卵）凍結に係る治療の場合。ただし、（イ）及び（ウ）は事実婚の者のみ。）

ア　両人の戸籍謄本

イ　両人の住民票

ウ　事実婚関係に関する申立書（様式第５号）

(6) その他市長が必要と認める書類

２　別表１の国制度による補助を受けている場合であって、胚（受精卵）凍結又は未授精卵子凍結に係る治療を受けた者は、以下の各号の書類は静岡県小児・ＡＹＡ世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業費補助金交付要綱に基づき静岡県に提出した書類の写しの提出をもって代えることができる。

(1) 様式第２号については、静岡県小児・ＡＹＡ世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業に係る証明書（妊孕性温存治療実施医療機関）。

(2) 様式第３号については、静岡県小児・ＡＹＡ世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援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）

(3) 様式第４号については、静岡県小児・ＡＹＡ世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業に係る証明書（原疾患治療実施医療機関）

(4) 様式第４号の２については、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

３　第４条に定める対象者で補助を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、妊孕性温存生殖治療終了後、浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請書（温存後生殖補助医療分）（様式第６号）により、次の書類を添え、市長に申請しなければならない。なお、申請者は、市税を完納している者のうち、第５条各号のいずれにも該当しない者とする。

(1) 浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する証明書（温存後生殖

補助医療実施医療機関）（様式第７号）

(2) 浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する領収金額内訳証明書（様式第８号）（温存後生殖補助医療の一部を連携医療機関で実施した場合のみ。）

(3) 浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する証明書（原疾患治療実施医療機関）（様式第４号）及び化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表（様式第４号の２）

(4) 補助の対象となる温存後生殖補助医療治療費の領収書

(5) 婚姻関係を確認できる書類（（イ）及び（ウ）は事実婚の者のみ。）

ア　両人の戸籍謄本

イ　両人の住民票

ウ　事実婚に関係に関する申立書（様式第９号）

(6) その他市長が必要と認める書類

４　前項に規定する様式第４号及び様式第４号の２は、浜松市へ様式第１号の添付書類として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）、治療期間、原疾患治療実施医療機関名が分かる資料を提出すること。

５　第１項又は第３項の申請期限については、補助対象となる治療に係る費用の支払日に属する年度内までとする。ただし、妊孕性温存治療実施後、期間を置かずに原疾患治療を開始する必要があるなどのやむを得ない事情により、当該年度内に申請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。

６　市長は、申請が行われた日を基準に、補助対象年度を判定するものとする。

（交付決定等）

第11条　市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、速やかに費用の補助の可否を決定するとともに、交付を決定したときは浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付通知書（決定及び確定）（様式第10号）により、不交付を決定したときは浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金の交付を行わない旨の通知書（様式第11号）により通知するものとする。

（交付の条件）

第 12 条　前条の規定による交付の決定には、次に掲げる条件を付するものとする。

(1) 補助金の交付を受けた日から５年間において、市が実施する補助事業に関する調査に協力しなければならないこと。

(2) 第 14 条第１項の規定により補助金の交付の決定の取消しを受け、同条第３項の規定により期限を定めて当該補助金の返還の命令を受けた場合において、規則第 18 条の２の規定に基づき加算金又は遅延損害金を市に納付しなければならないこと。

(3) 第 14 条第３項の規定により補助金の返還の命令を受けたにもかかわらず、当該補助金、加算金又は遅延損害金の全部又は一部を納付しないときは、市長は、規則第 18 条

の３の規定に基づき、他の交付すべき補助金についてその交付を一時停止し、又は未納額との相殺をすること。

(4) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要があると認める条件

（請求手続）

第13条　申請者は、前条の規定により交付の決定及び確定を受けたときは、速やかに浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金請求書（様式第12号）を市長に提出するものとする。

（交付決定の取消し等）

第 14 条　市長は、次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、第 11 条の規定による交付の決定の全部又は一部を取り消すことができる。

(1) 補助金の交付の決定の内容、これに付した条件又はこの要綱に基づく指示その他法令若しくはこれらに基づく市長の処分に違反したとき。

(2) 第５条各号のいずれかに該当することが判明したとき。

(3) 第 10 条第 1 項及び第３項の申請において、虚偽の内容があることが判明したとき。

(4) 偽りその他不正の手段により補助金の交付を受けたとき。

２　前項の規定は、補助事業について交付すべき補助金の額の確定があった後においても適用があるものとする。

３ 市長は、第１項の規定により補助金の交付の決定を取り消した場合において、補助事業の当該取消しに係る部分に関し既に補助金が交付されているときは、補助対象者に対し、期限を定めて当該補助金の全部又は一部の返還を命じるものとする。

４　市長は、第１項の規定よる交付決定の取消し及び前項の規定による補助金の返還命令を決定したときは、補助対象者に対し、補助金交付決定取消通知書及び返還命令書（様式第 13 号）により通知するものとする。

（加算金及び遅延損害金）

第 15 条　補助対象者は、前条第３項の規定による補助金の返還の命令を受けたときは、規則第 18 条の２第１項の規定に基づき加算金を市に納付しなければならない。

２　補助対象者は、補助金の返還の請求を受け、これを納期限までに納付しなかったときは、規則第18条の２第４項の規定に基づき遅延損害金を市に納付しなければならない。

（その他）

第16条　この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和６年４月１日から施行し、令和６年度から令和８年度までの補助金に適用する。なお、当分の間、従前の様式を使用することができる。

附 則

１　改正後の浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付要綱の規定は、令和８年３月２日以後に実施した妊孕性温存治療及び温存後生殖補助医療について適用する。

２　この改正の施行の際現に改正前の様式により提出されている申請書等は、改正後の相当する様式により提出された申請書等とみなす。

附 則

この要綱は、令和８年９月７日から施行し、令和８年９月７日以後に実施した補助対象事業について適用する。なお、当分の間、従前の様式を使用することができる。

別表１　妊孕性温存療法の補助対象及び１回当たりの補助基準額

対象となる治療	国制度による補助を受けている場合		国制度による補助を受けていない場合	補助率（額）
	静岡県	浜松市	浜松市	
胚（受精卵）凍結に係る治療	35 万円	5 万円	40 万円	補助対象経費の実支出額と補助基準額とを比較していずれか少ない額
未授精卵子凍結に係る治療	20 万円	20 万円	40 万円	
卵巣組織凍結に係る治療（組織の再移植を含む）	40 万円		40 万円	
精子凍結に係る治療	2 万 5 千円		2 万 5 千円	
精巣内精子採取術により精子凍結に係る治療	35 万円		35 万円	

別表２　指定医療機関

区分	妊孕性温存療法の内容	医療機関
(1)国制度による補助を受けている場合	胚（受精卵）凍結保存、未受精卵子凍結保存	静岡県小児・ＡＹＡ世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業実施要領第１(2)又は(3)の規定により指定される医療機関
(2)国制度による補助を受けていない場合	精子凍結保存、 精巣内精子採取術による精子凍結保存	がん治療の担当医師又は温存治療の担当医師から紹介を受けた医療機関
	胚（受精卵）、未受精卵子又は卵巣組織凍結保存	静岡県が別に定める医療機関で、かつ、公益社団法人日本産科婦人科学会の「医学的適応による未受精卵子、胚（受精卵）および卵巣組織の凍結・保存に関する見解（令和４年６月改定）」に準じて治療を行う医療機関
	温存後生殖補助医療	

別表３　温存後生殖補助医療の補助対象及び１回当たりの補助基準額

対象となる治療	国制度による補助を受けている場合		国制度による補助を受けていない場合	補助率（額）
	静岡県	浜松市	浜松市	
凍結した胚(受精卵)を用いた生殖補助医療	10 万円		10 万円	補助対象経費の実支出額と補助基準額とを比較していずれか少ない額
凍結した未授精卵子を用いた生殖補助医療	25 万円 ※１		25 万円 ※１	
凍結した卵巣組織を用いた生殖補助医療	30 万円 ※１～４		30 万円 ※１～４	
凍結した精子を用いた生殖補助医療	30 万円 ※１～４		30 万円 ※１～４	

※１　以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合は１件当たり10万円
※２　人工授精を実施する場合は１件当たり１万円
※３　採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止した場合は１件当たり10万円
※４　卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止した場合及び排卵準備中、体調不良等により治療中止した場合は対象外

（表）

様式第１号

年　　月　　日

（あて先）　浜松市長

申請者氏名
（署名又は記名押印をしてください）
（補助対象者が未成年の場合、法定代理人が署名又は記名押印）

浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請書
（妊孕性温存療法分）

浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金を交付されるよう、関係書類を添えて次のとおり申請します。
また、補助の適性、補助金額等を判断するため、浜松市職員が下記の行為を行うことに同意します。
・妊孕性温存療法の助成状況について担当部署（他の都道府県を含む。）へ情報の照会及び提供を行うこと。
・妊孕性温存療法を受けた医療機関に内容を照会すること。
・申請者及び妊孕性温存療法を受けた者の住民基本台帳等の公簿を閲覧すること。

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	☎（自宅・携帯・その他（　　）　－　－	
	患者アプリを登録できない理由		
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	☎（自宅・携帯・その他（　　）　－　－	
妊孕性温存治療費補助金の申請回数（いずれかの番号に〇を付けてください）		１　１回目の申請 ２　２回目の申請（１回目：静岡県内）　→　市町名［　　］ ３　２回目の申請（１回目：静岡県外）　→　都道府県名［　　］	
申請額		円	

市税の納付又は納入の状況の確認についての同意（同意する場合は下記に☑を記入）
□　浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金の交付申請にあたり、市において、申請者及び妊孕性温存療法を受けた者の市税の納付又は納入状況について確認することに同意します。

暴力団排除に関する誓約（誓約及び承諾する場合は下記に☑を記入）
□　浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金の交付申請にあたり、申請者及び妊孕性温存療法を受けた者において、下記事項について誓約し、承諾します。
（１）次に掲げる者のいずれにも該当しません。
・暴力団（浜松市暴力団排除条例(平成24年浜松市条例第81号。以下「条例」という。)第２条第１号に規定する暴力団をいう。）
・暴力団員等（条例第２条第４号に規定する暴力団員等をいう。以下同じ。）
・暴力団員等と密接な関係を有する者
・(法人その他の団体の場合）上記３点に掲げる者のいずれかが役員等（無限責任社員、取締役、執行役若しくは監査役又はこれらに準じるべきもの、支配人及び清算人をいう。）となっている法人その他の団体
（２）浜松市が暴力団排除に必要な場合には、静岡県警察本部又は管轄警察署に照会することを承諾します。

（裏）

（添付書類（添付したものに☑））

□　浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する証明書（妊孕性温存療法実施医療機関）（様式第２号）（国制度による補助を受けている場合は、静岡県小児・ＡＹＡ世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業に係る証明書（妊孕性温存療法実施医療機関）（様式第２号）の写しも可。受けていない場合は原本のみ可。）

□　（妊孕性温存療法の一部を連携医療機関で実施した場合のみ）
浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する領収金額内訳証明書（妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関）（様式第３号）（国制度による補助を受けている場合は、静岡県小児・ＡＹＡ世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援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）（様式第３号）の写しも可。受けていない場合は原本のみ可。）

□　浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する証明書（原疾患治療実施医療機関）（様式第４号）及び化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表（様式第４号の２）（国制度による補助を受けている場合は、静岡県小児・ＡＹＡ世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業に係る証明書（原疾患治療実施医療機関）（様式第４号）及び化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表（様式第４号の２）の写しも可。受けていない場合は原本のみ可。）

□　（胚（受精卵）凍結に係る治療の場合のみ）両人の戸籍謄本

□　（胚（受精卵）凍結に係る治療の場合で、事実婚の者のみ）両人の住民票

□　（胚（受精卵）凍結に係る治療の場合で、事実婚の者のみ）事実婚関係に関する申立書（様式第５号）

□　当該申請に係る温存治療に要する費用の額がわかる医療機関が発行した領収書

◎　注意事項

※　妊孕性温存療法を受けた方が未婚で未成年の場合は、申請者欄には原則、親権者又は未成年後見人等の 氏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著は不要です。

※　補助金交付の可否は、文書で通知します。

※　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。

※　補助の対象は、妊孕性温存治療及び初回の凍結保存に要した医療保険適用外費用です。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。

※　補助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、当該費用も含めて補助を求める場合は、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３号の発行を依頼してください。

※　医療機関によっては、様式第２号、様式第３号、様式第４号及び様式第４号の２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。

※　本補助は、妊孕性温存治療に要する費用を申請に基づき補助するものであり、がん治療及び妊孕性温存治療、妊孕性温存治療後の妊娠等、その医療の内容について浜松市が保証し、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。

なお、個人情報を加工した匿名加工情報として、浜松市のがん対策の推進に必要な用途（施策の立案や調査及び分析等）に活用することがあります。

（表）

様式第２号

浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する証明書
（妊孕性温存療法実施医療機関）

以下のとおり、原疾患治療により生殖機能が低下する又は失う可能性があると診断された者に対し妊孕性温存療法（※１）を実施することについて説明し同意を受け、妊孕性温存療法を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の所在地
医療機関の名称
診療科
妊孕性温存療法主治医氏名
（署名又は記名押印）

<table>
<tr><td rowspan="3">妊孕性温存療法を受けた者</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日・性別</td><td>年　月　日生</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td colspan="2">妊孕性温存療法について紹介を受けた原疾患主治医が所属する医療機関名と当該医師名</td><td colspan="2">医療機関の名称（　　）
原疾患主治医の氏名（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">治療方法</td><td colspan="3">Ⅰ　男性へ妊孕性温存療法を実施した場合</td></tr>
<tr><td>いずれかの番号に〇を付けてください。
１　精子凍結保存
２　精子凍結保存
（精巣内精子採取）</td><td colspan="2">妊孕性温存療法開始日（　年　月　日）
凍結保存日（　年　月　日）
妊孕性温存療法終了日（　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 colspan="3">Ⅱ　女性へ妊孕性温存療法を実施した場合</td></tr>
<tr><td>いずれかの番号に〇を付けてください。
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</td><td colspan="2">妊孕性温存療法開始日（　年　月　日）
凍結保存日（　年　月　日）
妊孕性温存療法終了日（　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 colspan="3">Ⅲ　他医療機関依頼、院外処方等がある場合（※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>領収金額
合　計</td><td colspan="3">円（内訳は裏面のとおり）</td></tr>
<tr><td>備　考
（※３）</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

※１　生殖機能が低下する又は失うおそ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、記載が認められない内容は助成対象外となる可能性があります。

※３　妊孕性温存療法が正常に行えなかった等の治療内容に係る留意事項は備考欄に記載してください。

（裏）

領収金額　内訳証明書

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

治療期間
年　　月　　日～　　年　　月　　日

領収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	－　　－

・ 補助対象となる費用のみを計上してください。
・ 補助の対象となる費用は、ガイドラインに基づき行われる妊孕性温存療法に要する費用のうち、精子、卵子、卵巣組織の採取及び凍結並びに胚（受精卵）の凍結に係る医療保険適用外費用とします。
・ 補助の対象となる費用は、治療に要する費用（初回の凍結保存に要する費用を含む。）に限るものとし、入院費、入院時の食事代等の治療に直接関係のない費用及び凍結保存の維持に係る費用は対象外です。
・ 本証明書を発行する医療機関が領収する金額のみを記入してください。一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、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３号

浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関す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）

以下のとおり、若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（署名又は記名押印）

妊孕性温存療法を受けた者	ふりがな		
	氏名		
	生年月日・性別	年　月　日生	男　・　女
妊孕性温存療法を受ける患者の紹介元となる妊孕性温存療法指定医療機関名と当該医師名		医療機関の名称（　　） 妊孕性温存療法主治医の氏名（　　）	
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おそ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　補助の対象となる費用は、治療に要する費用（初回の凍結保存に要する費用を含む。）に限るものとし、入院費、入院時の食事代等の治療に直接関係のない費用及び凍結保存の維持に係る費用は対象外です。

様式第４号

浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する証明書
（原疾患治療実施医療機関）

以下のとおり、原疾患治療により生殖機能が低下する又は失う可能性があると診断された患者に対する原疾患治療及び妊孕性温存療法（※１）を実施することについて、説明し同意を受け、原疾患治療を実施した（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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

原疾患主治医氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（署名又は記名押印）

<table>
<tr><td rowspan="3">妊孕性温存療法を受けた者</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日・性別</td><td>年　月　日生</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td rowspan="4">治療方法</td><td colspan="3">Ⅰ　原疾患について</td></tr>
<tr><td colspan="2">原疾患名（※２）
（　　）</td><td>左記の診断日
年　月　日
診断医療機関名
（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">Ⅱ　原疾患に対する治療方法の妊孕性温存低下リスクの評価について</td></tr>
<tr><td colspan="3">該当する番号に〇を付けてください。
（複数可）
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治療（ホルモン療法等）
３　造血幹細胞移植を実施する治療
４　アルキル化剤を投与する治療</td></tr>
<tr><td colspan="2">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">妊孕性温存療法実施医療機関名</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

※１　生殖機能が低下する又は失うおそ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　原疾患名の欄には、がん等の診断名（例：悪性リンパ腫、再生不良性貧血など）を記載してください。

様式第４号の２

化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表（女性）

女性 〔治療による早発卵巣不全（POI）リスク〕			POIリスク 「低」	POIリスク 「中」	POIリスク 「高」
化学療法	Cyclophosphamide equivalent dose (CED)		☐ ＜4,000 mg/㎡	☐ 4,000～8,000 mg/㎡	☐ ＞8,000 mg/㎡
			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/㎡	☐ 8,000～12,000 mg/㎡	☐ ＞12,000 mg/㎡
	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/㎡ ☐ CBDCA	☐ CDDP＞600 mg/㎡
		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	☐ Bmab		
	レジメン別	AC/EC±タキサン	☐ AC×4サイクル （40歳未満）	☐ AC×4サイクル （40歳以上）	
			☐ AC/EC×4サイクル +タキサン （35歳未満）	☐ AC/EC×4サイクル +タキサン （35歳以上）	
				☐ (F)EC×4サイクル ＋ dose dense タキサン	
		CMF, CEF, CAF, TAC	☐ CMF ☐ CEF ☐ CAF ☐ TAC 6サイクル （30歳未満）	☐ CMF ☐ CEF ☐ CAF ☐ TAC 6サイクル （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	☐ 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）

様式第４号の２

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/㎡ ＜4,000 mg/㎡：約90%は精液所見正常	—	☐ ≧4,000 mg/㎡ ≧4,000 mg/㎡：精子運動性低下 ≧8,000 mg/㎡：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/㎡ ☐ CBDCA ☐ L-OHP	☐ CDDP＞600 mg/㎡
		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	
		ビンカアルカロイド	☐ 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

（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）

（参考）略語表

略語	用語の説明
6-MP	6-mercaptopurine（6-メルカプトプリン）
ABVD	ドキソルビシン，ブレオマイシン，ビンブラスチン，ダカルバジン
AC	ドキソルビシン，シクロホスファミド
Act-D	actinomycin D（アクチノマイシンD）
Ara-C	cytosine arabinoside（シタラビン）
BCNU	bis-chloroethylnitrosourea（カルムスチン）
BEACOPP	ブレオマイシン，エトポシド，ドキソルビシン，シクロホスファミド，ビンクリスチン，プロカルバジン，プレドニゾロン
BEP	ブレオマイシン，エトポシド，シスプラチン
BLM	bleomycin（ブレオマイシン）
Bmab	bevacizumab（ベバシズマブ）
BU	busulfan（ブスルファン）
CAF	シクロホスファミド，ドキソルビシン，フルオロウラシル
CBDCA	carboplatin（カルボプラチン）
CDDP	cisplatin（シスプラチン）
CED	cyclophosphamide equivalent dose（シクロホスファミド相当量）※
CEF	シクロホスファミド，エピルビシン，フルオロウラシル
CHOP	シクロホスファミド，ドキソルビシン，ビンクリスチン，プレドニゾロン
CMF	シクロホスファミド，メトトレキサート，フルオロウラシル
COP	シクロホスファミド，ビンクリスチン，プレドニゾロン
CPA	cyclophosphamide（シクロホスファミド）
CVP	シクロホスファミド，ビンクリスチン，プレドニゾロン
DNR	daunorubicin（ダウノルビシン）
DXR	doxorubicin（ドキソルビシン）
EC	エピルビシン，シクロホスファミド
EP	エトポシド，シスプラチン
EPOCH	エトポシド，プレドニゾロン，ビンクリスチン，シクロホスファミド，ドキソルビシン
ETP	etoposide（エトポシド）
Flu	fludarabine（フルダラ）
FOLFOX	レボホリナート，フルオロウラシル，オキサリプラチン
GEM	gemcitabine（ゲムシタビン）
IDR	idarubicin（イダルビシン）
L-OHP	oxaliplatin（オキサリプラチン）
L-PAM	melphalan（メルファラン）
MIT	mitoxantrone（ミトキサントロン）
MMC	mitomycin C（マイトマイシンC）
MTX	methotrexate（メトトレキサート）
TAC	ドセタキセル，ドキソルビシン，シクロホスファミド
TMZ	temozolomide（テモゾロミド）
VBL	vinblastine（ビンブラスチン）
VCR	vincristine（ビンクリスチン）
急性骨髄性白血病治療	アントラサイクリン，シタラビン
急性リンパ性白血病治療	多剤併用
骨肉腫治療	ドキソルビシン，シスプラチン，メトトレキサート，イホスファミド
ユーイング肉腫治療	ビンクリスチン，ドキソルビシン，アクチノマイシンD，シクロホスファミド，イホスファミド，エトポシド

※CEDとは、シクロホスファミド以外のアルキル化剤について、「この薬剤をシクロホスファミドに置き換えた場合、どの程度の量を投与したことになるか」を示すものであり、以下の式で算出される。

CED (mg/m^2) = 1.0 (cumulative cyclophosphamide dose (mg/m^2)) + 0.244 (cumulative ifosfamide dose (mg/m^2)) + 0.857 (cumulative procarbazine dose (mg/m^2)) + 14.286 (cumulative chlorambucil dose (mg/m^2)) + 15.0 (cumulative BCNU dose (mg/m^2)) + 16.0 (cumulative CCNU dose (mg/m^2)) + 40 (cumulative melphalan dose (mg/m^2)) + 50 (cumulative Thio-TEPA dose (mg/m^2)) + 100 (cumulative nitrogen mustard dose (mg/m^2)) + 8.823 (cumulative busulfan dose (mg/m^2))

様式第５号

年　　月　　日

事実婚関係に関する申立書

（あて先）　　浜松市長

下記の２人については、事実婚関係にあります。

本妊孕性温存療法により凍結保存した胚は、事実婚又は婚姻関係が継続している間に限り保存することに同意し、これらの関係が解消された場合、速やかに凍結保存を行った指定医療機関にその旨を申し出ます。

記

①　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（署名又は記名押印）

②　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（署名又は記名押印）

※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）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（表）

様式第６号

年　　月　　日

（あて先）浜松市長

申請者氏名

（署名又は記名押印をしてください）

浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請書
（温存後生殖補助医療分）

浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金を交付されるよう、関係書類を添えて次のとおり申請します。
また、以下の事項について同意します。
・妊孕性温存療法の助成状況について担当部署（他の都道府県を含む。）へ情報の照会及び提供を行うこと。
・温存後生殖補助医療を受けた医療機関に内容を照会すること。
・申請者及び温存後生殖補助医療を受けた者の住民基本台帳の公簿を閲覧すること。

<table>
<tr><td rowspan="5">申請者</td><td>ふりがな</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日生</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>性別</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3">〒</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>患者アプリを登録できない理由</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">夫
（申請者と同じであれば記入不要）</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td>年　月　日生</td></tr>
<tr><td rowspan="2">妻
（申請者と同じであれば記入不要）</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td>年　月　日生</td></tr>
<tr><td colspan="5">過去に妊孕性温存療法研究促進事業（温存後生殖補助医療分）の助成を受けたことがありますか
ない　・　ある　→　自身が過去（　　）回受けた
→　配偶者（事実婚を含む）が過去（　　）回受けた。（助成を受けた都道府県〔　　〕）</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請額</td><td colspan="3">円</td></tr>
</table>

市税の納付又は納入の状況の確認についての同意（同意する場合は下記に☑を記入）

□　浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金の交付申請にあたり、申請者及び温存後生殖補助医療を受けた者の市税の納付又は納入状況について確認することに同意します。

暴力団排除に関する誓約（誓約及び承諾する場合は下記に☑を記入）

□　浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金の交付申請にあたり、申請者及び温存後生殖補助医療を受けた者において下記事項について誓約し、承諾します。

（１）次に掲げる者のいずれにも該当しません。

・暴力団（浜松市暴力団排除条例（平成 24 年浜松市条例第 81 号。以下「条例」という。）第２条第１号に規定する暴力団をいう。）

・暴力団員等（条例第２条第４号に規定する暴力団員等をいう。以下同じ。）

・暴力団員等と密接な関係を有する者

・（法人その他の団体の場合）上記３点に掲げる者のいずれかが役員等（無限責任社員、取締役、執行役若しくは監査役又はこれらに準じるべきもの、支配人及び清算人をいう。）となっている法人その他の団体

（２）浜松市が暴力団排除に必要な場合には、静岡県警察本部又は管轄警察署に照会することを承諾します。

（裏）

（添付書類（添付したものに☑））

□　浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する証明書（温存後生殖補助医療実施医療機関）（様式第７号）

□　（温存後生殖補助医療の一部を連携機関で実施した場合のみ）
浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する領収金額内訳証明書（温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関）（様式第８号）

□　浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する証明書（原疾患治療実施医療機関）（様式第４号）及び化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表（様式第４号の２）

□　両人の戸籍謄本

□　（事実婚の者のみ）両人の住民票

□　（事実婚の者のみ）事実婚関係に関する申立書（様式第９号）

□　当該申請に係る温存治療に要する費用の額がわかる医療機関が発行した領収書

◎　注意事項

※　補助金交付の可否は、文書で通知します。

※　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。

※　補助の対象は、温存後生殖補助医療に要した医療保険適用外費用です。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。

※　補助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、本補助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補助対象者の条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。

※　補助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、当該費用も含めて補助を求める場合は、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８号の発行を依頼してください。

※　医療機関によっては、様式第４号、第４号の２、様式第７号及び様式第８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。

※　本補助は、温存後生殖補助医療に要する費用を申請に基づき補助するものであり、がん治療及び妊孕性温存療法、妊孕性温存療法後の妊娠等、その医療の内容について県が保証し、又は責任を負うものではありません。

※　浜松市において、様式第１号の添付書類として様式４号及び様式第４号の２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下さい。

◎　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。

なお、個人情報を加工した匿名加工情報として、県のがん対策の推進に必要な用途（施策の立案や調査及び分析等）に活用することがあります。

様式第７号　　（表）

浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する証明書

（温存後生殖補助医療実施医療機関）

以下のとおり、原疾患治療により生殖機能が低下する又は失う可能性があると診断された者に対し温存後生殖補助医療（※１）を実施することについて説明し同意を受け、温存後生殖補助医療を実施し、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

温存後生殖補助医療主治医氏名

（署名又は記名押印）

<table>
<tr><td rowspan="2">温存後生殖補助医療の対象者（※）２</td><td>ふりがな</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　月　日生</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></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></td><td>生年月日</td><td>年　月　日生</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>性別</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td rowspan="3">治療方法</td><td colspan="4">Ⅰ　実施した温存後生殖補助医療
以下の該当する番号に〇を付けてください。
１凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療
２凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療
３凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療
４凍結した精子を用いた生殖補助医療
生殖補助医療開始日
（　　年　　月　　日）
生殖補助医療終了日
（　　年　　月　　日）
（上記開始日と同じ場合も記載してください。）
備考
（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="4">Ⅱ　Ⅰにおいて、２～４に該当する場合
以下の該当する番号に〇を付けてください。
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</td></tr>
<tr><td colspan="4">Ⅲ　他医療機関依頼、院外処方等がある場合（※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>領収金額合計</td><td colspan="4">円（内訳は裏面のとおり）</td></tr>
<tr><td>備　考</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

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

※２　妊孕性温存療法を受け、生殖補助医療に用いた凍結検体の提供者又は凍結検体を再移植した方の氏名を記載してください。

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

（裏）

領収金額　内訳証明書

項　　目	費用
	円
	円
	円
	円
	円
	円
合計	円

治療期間
年　月　日～　年　月　日

領収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	－　－

・　補助の対象となる費用のみを計上してください。
・　補助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。
・　本証明書を発行する医療機関が領収する金額のみを記入してください。一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、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８号

浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関す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）

以下のとおり、若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、温存後生殖補助医療実施医療機関の指導に基づく温存後生殖補助医療（※１）の一部を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の所在地
医療機関の名称
診療科
担当医師氏名
（署名又は記名押印）

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元となる温存後生殖補助医療指定医療機関名と当該医師名	医療機関の名称（　　） 温存後生殖補助医療主治医の氏名 （　　）

領収金額合計（※２）	円（内訳は以下のとおり）	
領収金額内訳	項目	費用
		円
		円
		円
		円
		円
		円
備　考		

治療期間
年　月　日～　　年　月　日

領収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	－　　－

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

※２　補助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、入院費、入院時の食事代等の治療に直接関係のない費用は対象外です。

様式第９号

年　　月　　日

事実婚関係に関する申立書

（あて先）　　浜松市長

下記の２人については、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。

記

①　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（署名又は記名押印）

②　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（署名又は記名押印）

※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）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式第10号

浜松市指令　　第　　号
年　月　日

申請者 様

浜松市長　　㊞

浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付通知書（決定及び確定）

年　月　日付けで申請がありました浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金の交付について、下記金額を補助することを決定し、及び確定したので通知します。

記

交付申請額　金　　円
補助額　金　　円

(交付の条件)

1　補助金の交付を受けた日から５年間において、市が実施する補助事業に関する調査に協力しなければならないこと。

2　第14条第１項の規定により補助金の交付の決定の取消しを受け、同条第３項の規定により期限を定めて当該補助金の返還の命令を受けた場合において、規則第18条の２の規定に基づき加算金又は遅延損害金を市に納付しなければならないこと。

3　第14条第３項の規定により補助金の返還の命令を受けたにもかかわらず、当該補助金、加算金又は遅延損害金の全部又は一部を納付しないときは、市長は、規則第18条の３の規定に基づき、他の交付すべき補助金についてその交付を一時停止し、又は未納額との相殺をすること。

4　前各号に掲げるもののほか、市長が必要があると認める条件

様式第11号

浜松市指令　　第　　号
年　　月　　日

申請者 様

浜松市長　　㊞

浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金の交付を行わない旨の通知書

　　年　　月　　日付けで申請がありました浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金については、下記の理由によりこれを行わないこととしたので、通知します。

記

理由

様式第12号

年　月　日

（あて先）　浜松市長

住　所
請求者　　氏　名
電話番号

浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金請求書

年　月　日付け浜松市指令　第　号により交付決定及び確定を受けた浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金として、次のとおり請求します。

金　　円

振込先口座

銀　行　名	本・支店・ 営業部・出張所名	預金種別	口　座　番　号
		1　普通預金 2　当座預金 3（　　）	
フ　リ　ガ　ナ			
口　座　名　義　人			

様式第13号

浜松市指令　　第　　号
年　　月　　日

様

浜松市長　　㊞

補助金交付決定取消通知書及び返還命令書

年　　月　　日付浜松市指令　　第　　号で補助金の交付を決定した浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金について、浜松市補助金交付規則第17条の規定により補助金交付決定を取り消し、同規則第18条の規定により下記のとおり返還を命じます。

記

１　返還を命じる額　　金　　円

２　交付済額　　金　　円

３　交付年月日　　年　　月　　日

４　返還を命じる理由

５　返還期限　　年　　月　　日

浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付要綱第 15 条により、浜松市補助金交付規則第 18 条の２第１項の規定に基づき、加算金を納付いただきます。加算金の請求は補助金額返還後別途請求いたします。

また補助金の返還請求を受け、これを納期限までに納付いただけない場合は、同規則第18条の２第４項の規定に基づき遅延損害金を納付いただきます。