

千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業参加申請書
(温存後生殖補助医療分)

千
次のと

※申請書は、必ず黒のボールペンで記入してください。
(消えるボールペン、鉛筆、シャープペンシルは不可)
※訂正の際は、二重線で訂正印してください。

2026年 5 月 30 日

申請者と口座名義人は、同一としてください。		ちば はなこ 千葉 花子		生年月日は西暦で記入してください。		1990 年 8 月 1 日生 男 ・ (女)	
申請者住所 〒260 - 8667 千葉県千葉市中央区市場町○番○号		電話番号 043-223-2402		患者アプリ番号 (12桁) ※原則必須。登録出来ない場合、理由を下欄に記載		1234 5678 9100	
夫 (申請者と同じであれば記入不要)		ふりがな ちば たろう 氏名 千葉 太郎		生年月日 1989 年 3 月 31 日生			
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		事実婚の場合も同様に記入してください。	
過去に妊孕性温存療法を受けた医療分)		過去に助成を受けていない場合は「ない」に○を付け、他は空欄でご提出ください。		ない ・ (ある) →自身が過去 (1) 回受けた →配偶者 (事実婚を含む) が過去 () 回受けた ※助成を受けたことがある場合、都道府県名 (千葉県)			
温存後生殖補助医療の治療開始日		現在の年齢ではなく、治療開始日の年齢を記入してください。		(35) 歳			
千葉県小児・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☑)		<input checked="" type="checkbox"/> 千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業 生殖補助医療 (様式第3-2号) <input checked="" type="checkbox"/> 千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業 療法及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 (様式第1-3-1号及び様式第1-3-2号)) <input checked="" type="checkbox"/> 住民票 (原本) …発行から3か月以内、個人番号の記載不要 <input checked="" type="checkbox"/> 領収書 (原本) …領収金額内訳証明書にあるもの全て ※原則、明細書も添付 <input checked="" type="checkbox"/> 通帳等の写し…振込先の金融機関名・支店名・口座番号等が確認 <input checked="" type="checkbox"/> 夫婦であることを証明できる書類 ・法律婚の場合 <input checked="" type="checkbox"/> 戸籍謄本 ・事実婚の場合 <input type="checkbox"/> 両人の戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 両人の住民票 <input type="checkbox"/> 事実婚関係に関する申立書 (様式3-3号)		通帳等の写し以外の書類は、全て原本を提出してください。		夫婦であることを証明できる書類	
院外処方、他医療機関で支払いがある場合		<input type="checkbox"/> 費用と治療内容が分かる領収書の原本及び治療明細書 または、千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業 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3-2号の領収金額が助成上限額に達していない場合のみ)		助成上限額に達していない場合のみ			
口座名義人は、申請者欄と同一としてください。		ちば はなこ 千葉 花子		金融機関名 〇〇銀行		支店名 千葉支店	
		別 (普通) ・ 当座		口座番号 222222			
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、国の「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。							
2026年 5 月 30 日						助成決定金額 ※千葉県使用欄	
申請者氏名 (自署) 千葉 花子						円	

◎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、千葉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。
- 4 助成額は、3に記載の費用であり、凍結胚（受精卵）を用いた場合は10万円、凍結未受精卵子を用いた場合は25万円、凍結した卵巢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解凍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1万円が上限となります。
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。
- 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。
- 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、当該医療機関に様式第3-4号の発行を依頼してください。
- 7 医療機関によっては、様式第3-2号、様式第1-3-1号及び様式第1-3-2号、様式第3-4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。
- 8 温存後生殖補助医療に関する診療情報は、指定医療機関を通じて、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・生殖医療学会から、助成申請の内容と結果について県が照会される場合があります。
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 本県において、様式第1-1号の添付書類として様式第1-3-1号及び様式第1-3-2号を5年以内に提出している場合は、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。

郵送先

〒260-8667
千葉県千葉市中央区市場町1-1
千葉県庁 健康づくり支援課 がん対策班
妊孕性温存助成担当

問合せ先

千葉県健康福祉部 健康づくり支援課 がん対策班
電話：043（223）2402・2686