

「新潟県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業実施要綱」新旧対照表

改 正 後	改 正 前	改正内容
新潟県小児・AYA 世代のがん患者等の 妊孕性温存療法治療費助成事業実施要綱 1 目的 新潟県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業（以下、「本事業」という。）は、将来<u>こども</u>を産み育てることを望む小児・AYA 世代のがん患者等が希望をもってがん治療等に取り組めるように、将来<u>こども</u>を<u>授かる</u>可能性を温存するための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を助成し、その経済的負担の軽減を図るとともに、患者からの臨床情報等のデータを収集し、妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療の有効性・安全性のエビデンス創出や長期にわたる検体保存のガイドライン作成等の妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療の研究を促進することを目的とする。 2－1 妊孕性温存療法の助成対象者 本事業の妊孕性温存療法助成対象者については、以下の条件を全て満たす者とする。 （１）（略） （２）対象者の年齢等 3－1 に定める対象となる妊孕性温存療法に係る治療の凍結保存時に 43 歳未満の者 <u>なお、3－1（１）胚（受精卵）凍結に係る治療の場合は、原則、治療開始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を対象とするが、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</u>	新潟県小児・AYA 世代のがん患者等の 妊孕性温存療法治療費助成事業実施要綱 1 目的 新潟県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業（以下、「本事業」という。）は、将来<u>子ども</u>を産み育てることを望む小児・AYA 世代のがん患者等が希望をもってがん治療等に取り組めるように、将来<u>子ども</u>を<u>出産することができ</u>る可能性を温存するための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を助成し、その経済的負担の軽減を図るとともに、患者からの臨床情報等のデータを収集し、妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療の有効性・安全性のエビデンス創出や長期にわたる検体保存のガイドライン作成等の妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療の研究を促進することを目的とする。 2－1 妊孕性温存療法の助成対象者 本事業の妊孕性温存療法助成対象者については、以下の条件を全て満たす者とする。 （１）（略） （２）対象者の年齢 3－1 に定める対象となる妊孕性温存療法に係る治療の凍結保存時に 43 歳未満の者	（注） ①R5. 3. 20 改正対応 ②R5. 6. 19 改正対応 ③R6. 3. 25 改正対応 文言整理 ①文言整理 ①対象者に事実婚の関係にある者を追加

改正後	改正前	改正内容
<u>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ことができる。婚姻関係の確認手法等については、2－2（5）に準じることとする（ただし、事実婚関係に関する申立書は様式第1－5号を用いること）。</u> （3）～（4）（略） （5）説明及び同意 妊孕性温存療法指定医療機関が、対象者に対し、妊孕性温存療法を受けること及び本事業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行った上で、本事業に参加することについての同意が得られた者を対象とする。 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を対象とする。 2－2 温存後生殖補助医療の助成対象者 本事業の温存後生殖補助医療の対象者については、以下の条件を全て満たす者とする。 （1）（略） （2）対象者の年齢等 ① 原則として、夫婦のいずれかが、2－1を満たし、3－1に定める治療を受けた後に、3－2に定める対象となる治療を受けた場合であって、3－2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（原則、法律婚の関係にある夫婦を対象とするが、生まれてくる子の福祉に配慮しながら、事実婚の関係にある者も対象とすることができる）。 ② 治療期間の初日における妻の年齢が原則 43 歳未満（43 歳以上について5（2）、5（6）及び5（7）（6－2及び7に關	（3）～（4）（略） （5）説明及び同意 妊孕性温存療法指定医療機関は、対象者に対し、妊孕性温存療法を受けること及び本事業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行った上で、本事業に参加することについての同意が得られた者を対象とする。 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を対象とする。 2－2 温存後生殖補助医療の助成対象者 本事業の温存後生殖補助医療の対象者については、以下の条件を全て満たす者とする。 （1）（略） （2）対象者の年齢等 ① 原則として、夫婦のいずれかが、2－1を満たし、3－1に定める治療を受けた後に、3－2に定める対象となる治療を受けた場合であって、3－2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（原則、法律婚の関係にある夫婦を対象とするが、生まれてくる子の福祉に配慮しながら、事実婚（<u>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。）</u>の関係にある者も対象とすることができる）。 ② 治療期間の初日における妻の年齢が原則 43 歳未満（43 歳以上について5（2）、5（6）及び5（7）（<u>6－1、6－2及</u>	②文言整理 ①前出の説明文の削除 ①引用条文番号

改正後	改正前	改正内容
するものは除く）は対象とするが、６－２及び７は当面对象としない。）である夫婦 （３）（略） （４）説明及び同意 温存後生殖補助医療指定医療機関が、対象者に対し、温存後生殖補助医療を受けること及び本事業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行った上で、本事業に参加することについての同意が得られた者を対象とする。 （５）婚姻関係の確認がなされた者（その確認手法等について） ①（略） ② 事実婚の場合 a～cの書類の提出を求め、確認することとする。 a・b（略） c 両人の事実婚関係に関する申立書（様式第３－４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を確認すること。 ３－１・３－２（略） ４ 実施方法 （１）（略） ①（略） ②関係者が連携して相談支援体制を確保すること。 <u>また、がん・生殖医療連携ネットワークの支援を行う日本がん・生殖医療学会の要請に応じて情報提供を行う等し、都道府県ネットワークの持続的発展に努めること。</u> （２）指定医療機関の指定 知事は、医療機関からの５（１）の申請に対して、以下の①又は	び７に関するものは除く）は対象とするが、<u>６－１</u>、６－２及び７は当面对象としない。）である夫婦 （３）（略） （４）説明及び同意 温存後生殖補助医療指定医療機関は、対象者に対し、温存後生殖補助医療を受けること及び本事業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行った上で、本事業に参加することについての同意が得られた者を対象とする。 （５）婚姻関係の確認がなされた者（その確認手法等について） ①（略） ② 事実婚の場合 a～cの書類の提出を求め、確認することとする。 a・b（略） c 両人の事実婚関係に関する申立書（様式第３－３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を確認すること。 ３－１・３－２（略） ４ 実施方法 （１）（略） ①（略） ②関係者が連携して相談支援体制を確保すること。 （２）指定医療機関の指定 知事は、医療機関からの５（１）の申請に対して、以下の①又は	の修正 ②文言整理 ①様式番号ずれ修正 ③がん・生殖医療連携ネットワークに係る文言追加

改正後	改正前	改正内容
②の医療機関を指定医療機関として指定する。 ①（略） ② 本事業の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が承認（仮承認を含む）した医療機関のうち、5（（3）、（5）を除く。）に定める事項を実施できる医療機関。 （削除） （3）（略） （4）指定医療機関の取消し 知事は、指定医療機関より指定の辞退の申し出があったとき、指定医療機関が指定要件を欠くに至ったとき、又は、指定医療機関として不適当と認めるものであるときは、その指定を取り消すことができる。 （削除） 取消しにあたっては、他の指定医療機関等と連携し、当該医療機関で治療を行った者、治療中の者、治療を希望する者が不利益を被ることのないよう対応することを指示することや、十分な周知を行う等の対応を行うこととする。 （5）～（7）（略）	②の医療機関を指定医療機関として指定する。 ①（略） ② 本事業の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が承認（仮承認を含む）した医療機関のうち、5（（3）、（5）を除く。）に定める事項を実施できる医療機関。 ただし、日本産科婦人科学会が医療機関を承認するまでの期間については、①の医療機関のうち、5（4）に定める事項を実施できる医療機関を温存後生殖補助医療実施医療機関として、指定することができる。 なお、令和5年3月31日までに知事の指定を受けた指定医療機関は、令和4年4月1日以後であれば、（1）のがん・生殖医療連携ネットワーク体制の構築後から指定医療機関の指定を受けていたものとみなすことができる。 （3）（略） （4）指定医療機関の取消し 知事は、指定医療機関より指定の辞退の申し出があったとき、指定医療機関が指定要件を欠くに至ったとき、又は、指定医療機関として不適当と認めるものであるときは、その指定を取り消すことができる。 ただし、令和3年度に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）及び卵巣組織の凍結・保存に関する登録施設として指定を受けた妊孕性温存療法指定医療機関について、4（2）の指定に必要な手続きを取っている期間の間は取消しを猶予することができる。 また、取消しにあたっては、他の指定医療機関等と連携し、当該医療機関で治療を行った者、治療中の者、治療を希望する者が不利益を被ることのないよう対応することを指示することや、十分な周知を行う等の対応を行うこととする。 （5）～（7）（略）	③指定医療機関の猶予期間に係る特例の廃止 ③指定医療機関の取消猶予の廃止

改 正 後	改 正 前	改正内容
<u>（８）助成実績情報の共有</u> <u>指定医療機関における日本がん・生殖医療登録システムへの臨床情報等のデータ入力状況の確認・フォローアップ等による本事業の推進を目的として、国または日本がん・生殖医療学会から当該事業の助成状況について照会があった場合は、必要性に応じて情報提供を行う。</u> ５ 実施方法（指定医療機関及び原疾患治療施設） （１）～（４）（略） （５）原疾患治療証明書の交付 原疾患治療施設は、２－１の対象者に対して２－１（３）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（様式第１－４号）を交付する。 （６）～（７）（略） <u>（８）がん・生殖医療連携ネットワーク体制への参画</u> <u>都道府県が構築するネットワークに参画し、医療連携や情報連携の推進、患者に対する情報提供及び意思決定支援体制の整備と質の向上を図るとともに、妊孕性温存を希望する患者が円滑に治療を受けられる体制の構築に努めること。</u> ６－１（略） ６－２ 温存後生殖補助医療に係る助成額等 （１）（略） （２）助成額及び助成上限額 （略） ※１～※３（略） ※４ 卵胞が<u>発育</u>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	５ 実施方法（指定医療機関及び原疾患治療施設） （１）～（４）（略） （５）原疾患治療証明書の交付 原疾患治療施設は、２－１の対象者に対して２－１（３）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（様式第１－３号）を交付する。 （６）～（７）（略） ６－１（略） ６－２ 温存後生殖補助医療に係る助成額等 （１）（略） （２）助成額及び助成上限額 （略） ※１～※３（略） ※４ 卵胞が<u>発達</u>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	①国等への情報提供の実施を追加 ②様式番号ずれ修正 ③がん・生殖医療連携ネットワークに係る文言追加 ①文言整理

改 正 後	改 正 前	改正内容
(3) (略) (4) 助成の対象外 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、本事業の助成の対象外とする。 <u>また、夫、妻の両者が2－1を満たし、ともに3－1に定める治療を受けた後に、3－2に定める対象となる治療を受けた場合、夫婦の一方のみに3－2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。</u> 7 助成の申請及び決定 (1) 助成の申請 (略) ① 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業に係る証明書(様式第1－2号、<u>様式第1－4号及び様式第3－2号</u>) ②～⑤ (略) (2) (略) 8・9 (略) 附 則 この要綱は、令和3年11月1日から実施し、令和3年4月1日より適用する。 附 則 この要綱は、令和4年9月9日から実施し、令和4年4月1日より適用する。 <u>附 則 この要綱は、令和6年 月 日から実施し、令和6年4月1日より適用する。</u>	(3) (略) (4) 助成の対象外 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、本事業の助成の対象外とする。 7 助成の申請及び決定 (1) 助成の申請 (略) ① 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業に係る証明書(様式第1－2号、<u>様式第1－3号及び様式第3－2号</u>) ②～⑤ (略) (2) (略) 8・9 (略) 附 則 この要綱は、令和3年11月1日から実施し、令和3年4月1日より適用する。 附 則 この要綱は、令和4年9月9日から実施し、令和4年4月1日より適用する。	①助成対象の明記 ①様式番号ずれ修正

改正後

別紙1 温存後生殖補助医療毎の助成上限額の詳細

3-1(1)で連結した胚(受精卵)を用いた生殖補助器具

主要内容 组成/限额	(预算类)	菜品类与	设施类移植		迁移/建设
			移植类	黄体移植/黄体类	
C (以(1)至(10)项为限, (11)项为(12)项)	10万元				

3-1(2)で凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医:

[illegible]

3-1(3)で凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医

[illegible]

3-1(4)及7K(5)で凍結した精子を用いた生殖補助医

[illegible]

改正前

別紙1 沮左後生殖補助医療毎の助成上限額の詳細

3-1(1)で凍結した胚(受精卵)を用いた生殖補助医療

治療内容	臓器・組織	(医療費)	薬品費年	凍結胚移植		妊娠の確率
				胚移植	黄体期補充療法	
C (以前に凍結した胚を移植して妊娠を希望)	10万円					

3-1(2)で連結した未受精卵子を用いた生殖補助医療

治療内容	母子療養 採種(犬)	受胎	新世代移植		胚凍結	凍結胚移植			妊娠経過観察
			胚移植	黄体同期療法		凍結胚の選定と投与	胚移植	黄体同期療法	
A(新世代移植を実施)	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冻して胚移植を実施)	10万円								
E(体調不良等により移植の予定が立てられず治療終了)	25万円								
F(早産で中止)	25万円								

3-1(3)で連結した卵巣組織再移植後の生殖補助医

[illegible]

2-1(A)及び2(F)で述べた通り、本発明は、本発明の目的を達成する。

[illegible]

改正内容

①文言修正

改正後	改正前	改正内容																																																																																																																																																																																																																																																																																				
様式第1-1号 新潟県 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業参加申請書 (妊孕性温存療法分) 新潟県知事様 次のとおり申請します。 年 月 日 <table><tr><td rowspan="5">申請者</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">妊孕性温存療法を受けた者との関係</td></tr><tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>生年月日・性別</td><td colspan="2">年 月 日生 男・女</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>住所</td><td colspan="2">〒 -</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>電話番号</td><td></td><td>患者アプリ番号(12桁) ※原則必須。登録出来ない場合は、理由を下欄に記載</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">患者アプリを登録出来ない理由</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td rowspan="4">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)</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>生年月日・性別</td><td colspan="2">年 月 日生 男・女</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>住所</td><td colspan="2">〒 -</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>電話番号</td><td colspan="2">-</td><td colspan="2">-</td></tr><tr><td colspan="2">妊孕性温存療法研究促進事業(妊孕性温存療法分)の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)</td><td colspan="4">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 colspan="2">新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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</td><td colspan="4">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</td></tr><tr><td>添付書類</td><td colspan="5">(添付したものに☑) ☐ 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業に係る証明書 (妊孕性温存療法実施医療機関) (様式第1-2号) ☐ 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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) (様式第1-3号) ☐ 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業に係る証明書 (原疾患治療実施医療機関) (様式第1-4号) ☐ 申請時に新潟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) ☐ 夫婦であることを証明できる書類(既婚者の場合)</td></tr><tr><td>振込先</td><td>フリガナ</td><td></td><td>金融機関名</td><td></td><td>支店名</td><td>支店</td></tr><tr><td></td><td>口座名義</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>口座種別</td><td>普通・当座</td><td>口座番号</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="7">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)</td></tr><tr><td colspan="7">・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うと認める者に対して、当該の情報を提供すること。</td></tr><tr><td colspan="7">・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。</td></tr><tr><td colspan="7">年 月 日</td></tr><tr><td colspan="5">申請者氏名(自署)</td><td colspan="2">助成決定金額 ※新潟県使用欄</td></tr><tr><td colspan="5"></td><td colspan="2">円</td></tr></table> 様式第1-1号 新潟県 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業参加申請書 (妊孕性温存療法分) 新潟県知事様 次のとおり申請します。 年 月 日 <table><tr><td rowspan="5">申請者</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">妊孕性温存療法を受けた者との関係</td></tr><tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>生年月日・性別</td><td colspan="2">年 月 日生 男・女</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>住所</td><td colspan="2">〒 -</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>電話番号</td><td></td><td>患者アプリ番号(12桁) ※記載できない場合は下欄に理由を記載してください</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">患者アプリ番号を記載できない理由</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td rowspan="4">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)</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>生年月日・性別</td><td colspan="2">年 月 日生 男・女</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>住所</td><td colspan="2">〒 -</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>電話番号</td><td colspan="2">-</td><td colspan="2">-</td></tr><tr><td colspan="2">妊孕性温存療法治療費助成事業(妊孕性温存療法分)の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)</td><td colspan="4">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 colspan="2">新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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</td><td colspan="4">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</td></tr><tr><td>添付書類</td><td colspan="5">(添付したものに☑) ☐ 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業に係る証明書 (妊孕性温存療法実施医療機関) (様式第1-2号) ☐ 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業に係る証明書 (原疾患治療実施医療機関) (様式第1-3号) ☐ 申請時に新潟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)</td></tr><tr><td>振込先</td><td>フリガナ</td><td></td><td>金融機関名</td><td></td><td>支店名</td><td>支店</td></tr><tr><td></td><td>口座名義</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>口座種別</td><td>普通・当座</td><td>口座番号</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="7">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)</td></tr><tr><td colspan="7">・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に臨床情報等を提供すること。(原則として、生殖可能年齢を越える、あるいは、検体破棄申告があるまでの期間)</td></tr><tr><td colspan="7">・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。</td></tr><tr><td colspan="7">年 月 日</td></tr><tr><td colspan="5">申請者氏名(自署)</td><td colspan="2">助成決定金額 ※新潟県使用欄</td></tr><tr><td colspan="5"></td><td colspan="2">円</td></tr></table>	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		患者アプリ番号(12桁) ※原則必須。登録出来ない場合は、理由を下欄に記載			患者アプリを登録出来ない理由						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	-		-		妊孕性温存療法研究促進事業(妊孕性温存療法分)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{ }				新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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☑) ☐ 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業に係る証明書 (妊孕性温存療法実施医療機関) (様式第1-2号) ☐ 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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) (様式第1-3号) ☐ 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業に係る証明書 (原疾患治療実施医療機関) (様式第1-4号) ☐ 申請時に新潟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) ☐ 夫婦であることを証明できる書類(既婚者の場合)					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、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う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 ※新潟県使用欄							円		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		患者アプリ番号(12桁) ※記載できない場合は下欄に理由を記載してください			患者アプリ番号を記載できない理由						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	-		-		妊孕性温存療法治療費助成事業(妊孕性温存療法分)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{ }				新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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☑) ☐ 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業に係る証明書 (妊孕性温存療法実施医療機関) (様式第1-2号) ☐ 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業に係る証明書 (原疾患治療実施医療機関) (様式第1-3号) ☐ 申請時に新潟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)					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、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に臨床情報等を提供すること。(原則として、生殖可能年齢を越える、あるいは、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 ※新潟県使用欄							円	
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		患者アプリ番号(12桁) ※原則必須。登録出来ない場合は、理由を下欄に記載																																																																																																																																																																																																																																																																																			
患者アプリを登録出来ない理由																																																																																																																																																																																																																																																																																						
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	-		-																																																																																																																																																																																																																																																																																			
妊孕性温存療法研究促進事業(妊孕性温存療法分)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{ }																																																																																																																																																																																																																																																																																				
新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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☑) ☐ 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業に係る証明書 (妊孕性温存療法実施医療機関) (様式第1-2号) ☐ 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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) (様式第1-3号) ☐ 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業に係る証明書 (原疾患治療実施医療機関) (様式第1-4号) ☐ 申請時に新潟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) ☐ 夫婦であることを証明できる書類(既婚者の場合)																																																																																																																																																																																																																																																																																					
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、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う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 ※新潟県使用欄																																																																																																																																																																																																																																																																																	
					円																																																																																																																																																																																																																																																																																	
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		患者アプリ番号(12桁) ※記載できない場合は下欄に理由を記載してください																																																																																																																																																																																																																																																																																			
患者アプリ番号を記載できない理由																																																																																																																																																																																																																																																																																						
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	-		-																																																																																																																																																																																																																																																																																			
妊孕性温存療法治療費助成事業(妊孕性温存療法分)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{ }																																																																																																																																																																																																																																																																																				
新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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☑) ☐ 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業に係る証明書 (妊孕性温存療法実施医療機関) (様式第1-2号) ☐ 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業に係る証明書 (原疾患治療実施医療機関) (様式第1-3号) ☐ 申請時に新潟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)																																																																																																																																																																																																																																																																																					
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、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に臨床情報等を提供すること。(原則として、生殖可能年齢を越える、あるいは、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 ※新潟県使用欄																																																																																																																																																																																																																																																																																	
					円																																																																																																																																																																																																																																																																																	

改正後	改正前	改正内容
◎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、新潟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、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。 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（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。 郵送先 〒950-8570 新潟市中央区新光町4番地1 新潟県福祉保健部 健康づくり支援課 成人保健係 問合せ先 新潟県福祉保健部 健康づくり支援課 成人保健係 電話 025-280-5199	◎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、新潟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 医療機関によっては、様式第1－2号及び様式第1－3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。 郵送先 〒950-8570 新潟市中央区新光町4番地1 新潟県福祉保健部 健康づくり支援課 成人保健係 問合せ先 新潟県福祉保健部 健康づくり支援課 成人保健係 電話 025-280-5199	①注意事項追加

改正後	改正前	改正内容																																																																																
様式第1－2号 新潟県 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業に係る証明書 (妊孕性温存療法実施医療機関) 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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(※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 妊孕性温存療法主治医氏名 (自署) <table><tr><td>妊孕性温存療法を受けた者</td><td>ふりがな</td><td>氏名</td><td>生年月日</td><td>性別</td><td>年 月 日生</td></tr><tr><td>患者アプリ番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>男 ・ 女</td></tr></table> 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業の指定医療機関ですか。 はい ・ いいえ 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 医療機関の名称 () 原疾患主治医の氏名 () 妊孕性温存療法治療費助成事業 (妊孕性温存療法分)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) 一都道府県名 [] <table><tr><td rowspan="6">治療方法</td><td rowspan="2">I</td><td colspan="2">男性へ妊孕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○を付けてください。)</td></tr><tr><td>1 精子凍結保存</td><td>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。)</td></tr><tr><td>2 精子凍結保存 (精巣内精子採取)</td><td>備考 ()</td></tr><tr><td rowspan="3">II</td><td colspan="2">女性へ妊孕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○を付けてください。)</td></tr><tr><td>1 胚(受精卵)凍結保存</td><td>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。)</td></tr><tr><td>2 未受精卵精子凍結保存</td><td>備考 ()</td></tr><tr><td rowspan="2">III</td><td colspan="2">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)</td></tr><tr><td>他医療機関への依頼 あり ・ なし</td><td>院外処方 あり ・ なし</td></tr><tr><td colspan="2">領収金額合計</td><td colspan="2">円(内訳は裏面のとおり)</td></tr><tr><td colspan="2">備考(※3)</td><td colspan="2"></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。	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	患者アプリ番号					男 ・ 女	治療方法	I	男性へ妊孕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○を付けてください。)		1 精子凍結保存	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。)	2 精子凍結保存 (精巣内精子採取)	備考 ()	II	女性へ妊孕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○を付けてください。)		1 胚(受精卵)凍結保存	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。)	2 未受精卵精子凍結保存	備考 ()	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	領収金額合計		円(内訳は裏面のとおり)		備考(※3)				様式第1－2号 新潟県 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業に係る証明書 (妊孕性温存療法実施医療機関) 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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(※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 妊孕性温存療法主治医氏名 (自署) <table><tr><td>妊孕性温存療法を受けた者</td><td>ふりがな</td><td>氏名</td><td>生年月日</td><td>性別</td><td>年 月 日生</td></tr><tr><td>患者アプリ番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>男 ・ 女</td></tr></table> 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業の指定医療機関ですか。 はい ・ いいえ 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 医療機関の名称 () 原疾患主治医の氏名 () 妊孕性温存療法治療費助成事業(妊孕性温存療法分)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) 一都道府県名 [] <table><tr><td rowspan="6">治療方法</td><td rowspan="2">I</td><td colspan="2">男性へ妊孕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○を付けてください。)</td></tr><tr><td>1 精子凍結保存</td><td>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。)</td></tr><tr><td>2 精子凍結保存 (精巣内精子採取)</td><td>実施医療機関 ()</td></tr><tr><td rowspan="3">II</td><td colspan="2">女性へ妊孕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○を付けてください。)</td></tr><tr><td>1 胚(受精卵)凍結保存</td><td>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。)</td></tr><tr><td>2 未受精卵精子凍結保存</td><td>備考 ()</td></tr><tr><td rowspan="2">III</td><td colspan="2">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)</td></tr><tr><td>他医療機関への依頼 あり ・ なし</td><td>院外処方 あり ・ なし</td></tr><tr><td colspan="2">領収金額合計</td><td colspan="2">円(内訳は裏面のとおり)</td></tr><tr><td colspan="2">備考(※3)</td><td colspan="2"></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、主治医が患者から治療費として支払った領収書の提出を受け、領収金額を記載してください。 ※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。	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	患者アプリ番号					男 ・ 女	治療方法	I	男性へ妊孕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○を付けてください。)		1 精子凍結保存	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。)	2 精子凍結保存 (精巣内精子採取)	実施医療機関 ()	II	女性へ妊孕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○を付けてください。)		1 胚(受精卵)凍結保存	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。)	2 未受精卵精子凍結保存	備考 ()	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	領収金額合計		円(内訳は裏面のとおり)		備考(※3)				①患者アプリ番号記載欄追加 備考欄の注記修正
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																																																																													
患者アプリ番号					男 ・ 女																																																																													
治療方法	I	男性へ妊孕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○を付けてください。)																																																																																
		1 精子凍結保存	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。)																																																																															
	2 精子凍結保存 (精巣内精子採取)	備考 ()																																																																																
	II	女性へ妊孕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○を付けてください。)																																																																																
		1 胚(受精卵)凍結保存	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。)																																																																															
		2 未受精卵精子凍結保存	備考 ()																																																																															
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																																																																																
領収金額合計		円(内訳は裏面のとおり)																																																																																
備考(※3)																																																																																		
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																																																																													
患者アプリ番号					男 ・ 女																																																																													
治療方法	I	男性へ妊孕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○を付けてください。)																																																																																
		1 精子凍結保存	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。)																																																																															
	2 精子凍結保存 (精巣内精子採取)	実施医療機関 ()																																																																																
	II	女性へ妊孕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○を付けてください。)																																																																																
		1 胚(受精卵)凍結保存	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。)																																																																															
		2 未受精卵精子凍結保存	備考 ()																																																																															
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																																																																																
領収金額合計		円(内訳は裏面のとおり)																																																																																
備考(※3)																																																																																		

改正後		改正前		改正内容																																													
領収金額 内訳証明書 <table><tr><th>項 目</th><th>費 用</th></tr><tr><td>精子、卵子、卵巣組織の採取に要した費用（検査や排卵誘発剤代などを含む）</td><td>円</td></tr><tr><td>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）</td><td>円</td></tr><tr><td>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））</td><td>円</td></tr><tr><td>その他（ ）</td><td>円</td></tr><tr><td>その他（ ）</td><td>円</td></tr><tr><td>その他（ ）</td><td>円</td></tr><tr><td>合 計</td><td>円</td></tr></table> 治療期間 年 月 日～ 年 月 日 領収金額に関する問合せ先 <table><tr><td>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> ・ 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。 ・ 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です。 ・ <u>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。</u> 領収金額 内訳証明書 <table><tr><th>項 目</th><th>費 用</th></tr><tr><td>精子、卵子、卵巣組織の採取に要した費用（検査や排卵誘発剤代などを含む）</td><td>円</td></tr><tr><td>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）</td><td>円</td></tr><tr><td>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））</td><td>円</td></tr><tr><td>その他（ ）</td><td>円</td></tr><tr><td>その他（ ）</td><td>円</td></tr><tr><td>その他（ ）</td><td>円</td></tr><tr><td>合 計</td><td>円</td></tr></table> 治療期間 年 月 日～ 年 月 日 領収金額に関する問合せ先 <table><tr><td>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> ・ 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。 ・ 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です。 ・ <u>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、主治医が患者から治療費として支払った領収書の提出を受け、領収金額を記載してください。</u>					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）	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	担当課		担当者		電話番号	— —	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）	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	担当課		担当者		電話番号	— —	①一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合の領収書証明方法を修正
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）	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																																																
担当課																																																	
担当者																																																	
電話番号	— —																																																
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）	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																																																
担当課																																																	
担当者																																																	
電話番号	— —																																																

改 正 後		改 正 前		改正内容																																						
様式第1－3号 新潟県 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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) 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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 _____ (自署) <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 ・性別等</td><td>年 月 日生 男 ・ 女</td></tr></table> <table><tr><td rowspan="2">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</td><td>医療機関の名称（ ）</td></tr><tr><td>妊孕性温存療法主治医の氏名 （ ）</td></tr></table> <table><tr><td>領収金額合計 ※2</td><td colspan="2">円（内訳は以下のとおり）</td></tr><tr><td rowspan="6">領収金額内訳</td><td>項目</td><td>費 用</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr></table> 備考 <table><tr><td>治療期間</td><td rowspan="3">領収金額に関する問合せ先</td></tr><tr><td>年 月 日～年 月 日</td></tr><tr><td></td></tr><tr><td>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です。		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（ ）	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	治療期間	領収金額に関する問合せ先	年 月 日～年 月 日		担当課		担当者		電話番号	— —	(新設)		①連携機関用の領収金額内訳証明を新設
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（ ）																																									
	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																																								
治療期間	領収金額に関する問合せ先																																									
年 月 日～年 月 日																																										
担当課																																										
担当者																																										
電話番号	— —																																									

改 正 後		改 正 前		改正内容																																																																														
様式第1－4号 新潟県 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業に係る証明書 (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 (自署) <table><tr><td rowspan="2">妊孕性 温存療 法を受 けた(受 ける)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・性別等</td><td>年 月 日生</td><td>男 ・ 女</td></tr></table> 治療方法 <table><tr><td colspan="2">原疾患について</td></tr><tr><td>原疾患名(※1)</td><td>左記の診断日</td></tr><tr><td>()</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">診断医療機関名</td></tr><tr><td colspan="2">()</td></tr><tr><td colspan="2">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="2">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。</td></tr><tr><td colspan="2">「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</td></tr><tr><td colspan="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="2">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="2">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">具体的な治療内容(使用した薬剤・レジメン等)※2</td></tr><tr><td colspan="2">()</td></tr><tr><td>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>年 月 日</td></tr><tr><td>妊孕性温存療法実施医療機関名</td><td>()</td></tr><tr><td>妊孕性温存療法研究促進事業(妊孕性温存療法分)の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)</td><td>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。		妊孕性 温存療 法を受 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	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		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、先天性謝異常症、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		具体的な治療内容(使用した薬剤・レジメン等)※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	年 月 日	妊孕性温存療法実施医療機関名	()	妊孕性温存療法研究促進事業(妊孕性温存療法分)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〔 〕	様式第1－3号 新潟県 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業に係る証明書 (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 (自署) <table><tr><td rowspan="2">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></td><td>生年月日・性別等</td><td>年 月 日生</td><td>男 ・ 女</td></tr></table> 治療方法 <table><tr><td colspan="2">原疾患について</td></tr><tr><td>原疾患名(※)</td><td>左記の診断日</td></tr><tr><td>()</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">診断医療機関名</td></tr><tr><td colspan="2">()</td></tr><tr><td colspan="2">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>治療内容に○を付けてください。 (複数可)</td><td>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>1薬物療法</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>2放射線療法</td><td>実施医療機関名</td></tr><tr><td>3その他</td><td>()</td></tr><tr><td>()</td><td>()</td></tr></table> 妊孕性温存療法実施医療機関名 () <table><tr><td>妊孕性温存療法治療費助成事業 (妊孕性温存療法分)の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)</td><td>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> ※ 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 日生	男 ・ 女	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		治療内容に○を付けてください。 (複数可)	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	1薬物療法	年 月 日	2放射線療法	実施医療機関名	3その他	()	()	()	妊孕性温存療法治療費助成事業 (妊孕性温存療法分)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〔 〕	①様式番号修正 事業対象となる 治療の該当欄を 追加
妊孕性 温存療 法を受 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																																																																															
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																																																																																		
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、先天性謝異常症、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																																																																																		
具体的な治療内容(使用した薬剤・レジメン等)※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	年 月 日																																																																																	
妊孕性温存療法実施医療機関名	()																																																																																	
妊孕性温存療法研究促進事業(妊孕性温存療法分)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 日生	男 ・ 女																																																																															
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																																																																																		
治療内容に○を付けてください。 (複数可)	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																																																																																	
1薬物療法	年 月 日																																																																																	
2放射線療法	実施医療機関名																																																																																	
3その他	()																																																																																	
()	()																																																																																	
妊孕性温存療法治療費助成事業 (妊孕性温存療法分)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〔 〕																																																																																	

改正後	改正前	改正内容
様式1－5号 事実婚関係に関する申立書 年 月 日 下記二名については、事実婚関係にあります。 本事業の妊孕性温存療法により凍結保存した胚は、事実婚また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。 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) 新潟県知事 様	(新設)	①妊孕性温存療法に関する事実婚申立書を新設

改正後	改正前	改正内容																																																																																																										
様式第 2 号 年 月 日 新潟県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業 指定医療機関指定申請書 新潟県知事 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） 新潟県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成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、「新潟県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業実施要綱」の定める事項に従います。 記 <table><tr><td colspan="2">申請対象</td><td colspan="6">☐ 妊孕性温存療法実施医療機関</td></tr><tr><td colspan="2">(該当するものにチェック)</td><td colspan="6">☐ 温存後生殖補助医療実施医療機関</td></tr><tr><td rowspan="3">医療機関</td><td>名 称</td><td colspan="6">電 話（ ）</td></tr><tr><td>所在地</td><td colspan="6"></td></tr><tr><td>医療機関コード</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">開 設 年 月 日</td><td colspan="6">年 月 日</td></tr><tr><td rowspan="2">開設者</td><td>住所（※1）</td><td colspan="6"></td></tr><tr><td>氏名（※2）</td><td colspan="6"></td></tr></table> 1．学会による認定等 ☐ 妊孕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。 ☐ 妊孕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「新潟県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業実施要綱」の 5 に定める事項を実施できる。 ※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		☐ 妊孕性温存療法実施医療機関						(該当するものにチェック)		☐ 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							医療機関コード							開 設 年 月 日		年 月 日						開設者	住所（※1）							氏名（※2）							様式第 2 号 年 月 日 新潟県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業 指定医療機関指定申請書 新潟県知事 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） 新潟県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成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、「新潟県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業実施要綱」の定める事項に従います。 記 <table><tr><td rowspan="3">医療機関</td><td>名 称</td><td colspan="6">電 話（ ）</td></tr><tr><td>所在地</td><td colspan="6"></td></tr><tr><td>医療機関コード</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">開 設 年 月 日</td><td colspan="6">年 月 日</td></tr><tr><td rowspan="2">開設者</td><td>住所（※1）</td><td colspan="6"></td></tr><tr><td>氏名（※2）</td><td colspan="6"></td></tr></table> 1．学会による認定等 ☐ 妊孕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。 ☐ 妊孕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「新潟県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業実施要綱」の 5 に定める事項を実施できる。 ※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	医療機関	名 称	電 話（ ）						所在地							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申請対象の欄 を新設
申請対象		☐ 妊孕性温存療法実施医療機関																																																																																																										
(該当するものにチェック)		☐ 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																																																																																																											
	医療機関コード																																																																																																											
開 設 年 月 日		年 月 日																																																																																																										
開設者	住所（※1）																																																																																																											
	氏名（※2）																																																																																																											
医療機関	名 称	電 話（ ）																																																																																																										
	所在地																																																																																																											
	医療機関コード																																																																																																											
開 設 年 月 日		年 月 日																																																																																																										
開設者	住所（※1）																																																																																																											
	氏名（※2）																																																																																																											

改正後	改正前	改正内容																																																																																																																																																																																												
様式第3－1号 新潟県 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業参加申請書 (温存後生殖補助医療分) 新潟県知事 様 次のとおり申請します。 年 月 日 <table><tr><td rowspan="5">申 請 者</td><td>ふりがな</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="3">年 月 日生</td></tr><tr><td>氏名</td><td></td><td>性別</td><td colspan="3">男 ・ 女</td></tr><tr><td>住所</td><td colspan="5">〒 -</td></tr><tr><td>電話番号</td><td></td><td>患者アプリ番号(12桁) ※原則必須。登録出来ない場合、理由を下欄に記す</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">患者アプリを登録出来ない理由</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></td><td colspan="3">生年月日</td></tr><tr><td>氏名</td><td></td><td colspan="3">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></td><td colspan="3">生年月日</td></tr><tr><td>氏名</td><td></td><td colspan="3">年 月 日生</td></tr><tr><td colspan="3">過去に妊孕性温存療法治療費助成事業(生殖補助医療分)の助成を受けたことがありますか</td><td colspan="3">【添付書類】(添付したものに☑) ☐ 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業に係る温存後生殖補助医療証明書(様式第3－2号) ☐ 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業に係る領収金額内証証明書(温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関)(様式第3－3号) ☐ 夫婦であることを証明できる書類 ☐ 申請時に新潟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)</td></tr><tr><td rowspan="4">振 込 先</td><td>フリガナ</td><td colspan="5"></td></tr><tr><td>口座名義</td><td colspan="5"></td></tr><tr><td>金融機関名</td><td colspan="2"></td><td>支店名</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>口座種別</td><td>普通 ・ 当座</td><td>口座番号</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="6">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)</td></tr><tr><td colspan="6"> ・ 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 ※新潟県使用欄 円 </td></tr></table>	申 請 者	ふりがな		生年月日	年 月 日生			氏名		性別	男 ・ 女			住所	〒 -					電話番号		患者アプリ番号(12桁) ※原則必須。登録出来ない場合、理由を下欄に記す			患者アプリを登録出来ない理由					夫 (申請者と 同じであれ ば記入不要)	ふりがな		生年月日			氏名		年 月 日生			妻 (申請者と 同じであれ ば記入不要)	ふりがな		生年月日			氏名		年 月 日生			過去に妊孕性温存療法治療費助成事業(生殖補助医療分)の助成を受けたことがありますか			【添付書類】(添付したものに☑) ☐ 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業に係る温存後生殖補助医療証明書(様式第3－2号) ☐ 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業に係る領収金額内証証明書(温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関)(様式第3－3号) ☐ 夫婦であることを証明できる書類 ☐ 申請時に新潟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)			振 込 先	フリガナ						口座名義						金融機関名			支店名			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 ※新潟県使用欄 円						様式第3－1号 新潟県 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業参加申請書 (温存後生殖補助医療分) 新潟県知事 様 次のとおり申請します。 年 月 日 <table><tr><td rowspan="5">申 請 者</td><td>ふりがな</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="3">年 月 日生</td></tr><tr><td>氏名</td><td></td><td>性別</td><td colspan="3">男 ・ 女</td></tr><tr><td>住所</td><td colspan="5">〒 -</td></tr><tr><td>電話番号</td><td></td><td>患者アプリ番号(12桁) ※記載できない場合は下欄に理由を記載してください</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">患者アプリ番号を記載できない理由</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></td><td colspan="3">生年月日</td></tr><tr><td>氏名</td><td></td><td colspan="3">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></td><td colspan="3">生年月日</td></tr><tr><td>氏名</td><td></td><td colspan="3">年 月 日生</td></tr><tr><td colspan="3">過去に妊孕性温存療法治療費助成事業(生殖補助医療分)の助成を受けたことがありますか</td><td colspan="3">【添付書類】(添付したものに☑) ☐ 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る温存後生殖補助医療証明書(様式第3－2号) ☐ 夫婦であることを証明できる書類 ☐ 申請時に新潟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)</td></tr><tr><td rowspan="4">振 込 先</td><td>フリガナ</td><td colspan="5"></td></tr><tr><td>口座名義</td><td colspan="5"></td></tr><tr><td>金融機関名</td><td colspan="2"></td><td>支店名</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>口座種別</td><td>普通 ・ 当座</td><td>口座番号</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td colspan="6">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)</td></tr><tr><td colspan="6"> ・ 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に臨床情報等を提供すること。 ・ 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 ※新潟県使用欄 円 </td></tr></table>	申 請 者	ふりがな		生年月日	年 月 日生			氏名		性別	男 ・ 女			住所	〒 -					電話番号		患者アプリ番号(12桁) ※記載できない場合は下欄に理由を記載してください			患者アプリ番号を記載できない理由					夫 (申請者と 同じであれ ば記入不要)	ふりがな		生年月日			氏名		年 月 日生			妻 (申請者と 同じであれ ば記入不要)	ふりがな		生年月日			氏名		年 月 日生			過去に妊孕性温存療法治療費助成事業(生殖補助医療分)の助成を受けたことがありますか			【添付書類】(添付したものに☑) ☐ 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る温存後生殖補助医療証明書(様式第3－2号) ☐ 夫婦であることを証明できる書類 ☐ 申請時に新潟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)			振 込 先	フリガナ						口座名義						金融機関名			支店名			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に臨床情報等を提供すること。 ・ 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 ※新潟県使用欄 円						①患者アプリ欄修正 パートナーの助成歴項目を追加 添付書類修正 同意事項追加
申 請 者		ふりがな		生年月日	年 月 日生																																																																																																																																																																																									
		氏名		性別	男 ・ 女																																																																																																																																																																																									
		住所	〒 -																																																																																																																																																																																											
		電話番号		患者アプリ番号(12桁) ※原則必須。登録出来ない場合、理由を下欄に記す																																																																																																																																																																																										
	患者アプリを登録出来ない理由																																																																																																																																																																																													
夫 (申請者と 同じであれ ば記入不要)	ふりがな		生年月日																																																																																																																																																																																											
	氏名		年 月 日生																																																																																																																																																																																											
妻 (申請者と 同じであれ ば記入不要)	ふりがな		生年月日																																																																																																																																																																																											
	氏名		年 月 日生																																																																																																																																																																																											
過去に妊孕性温存療法治療費助成事業(生殖補助医療分)の助成を受けたことがありますか			【添付書類】(添付したものに☑) ☐ 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業に係る温存後生殖補助医療証明書(様式第3－2号) ☐ 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業に係る領収金額内証証明書(温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関)(様式第3－3号) ☐ 夫婦であることを証明できる書類 ☐ 申請時に新潟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)																																																																																																																																																																																											
振 込 先	フリガナ																																																																																																																																																																																													
	口座名義																																																																																																																																																																																													
	金融機関名			支店名																																																																																																																																																																																										
	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 ※新潟県使用欄 円																																																																																																																																																																																														
申 請 者	ふりがな		生年月日	年 月 日生																																																																																																																																																																																										
	氏名		性別	男 ・ 女																																																																																																																																																																																										
	住所	〒 -																																																																																																																																																																																												
	電話番号		患者アプリ番号(12桁) ※記載できない場合は下欄に理由を記載してください																																																																																																																																																																																											
	患者アプリ番号を記載できない理由																																																																																																																																																																																													
夫 (申請者と 同じであれ ば記入不要)	ふりがな		生年月日																																																																																																																																																																																											
	氏名		年 月 日生																																																																																																																																																																																											
妻 (申請者と 同じであれ ば記入不要)	ふりがな		生年月日																																																																																																																																																																																											
	氏名		年 月 日生																																																																																																																																																																																											
過去に妊孕性温存療法治療費助成事業(生殖補助医療分)の助成を受けたことがありますか			【添付書類】(添付したものに☑) ☐ 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る温存後生殖補助医療証明書(様式第3－2号) ☐ 夫婦であることを証明できる書類 ☐ 申請時に新潟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)																																																																																																																																																																																											
振 込 先	フリガナ																																																																																																																																																																																													
	口座名義																																																																																																																																																																																													
	金融機関名			支店名																																																																																																																																																																																										
	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に臨床情報等を提供すること。 ・ 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 ※新潟県使用欄 円																																																																																																																																																																																														

改正後	改正前	改正内容
◎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、新潟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解冻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。<u>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。</u> 6 <u>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３－３号の発行を依頼してください。</u> 7 医療機関によっては、様式第３－２号、<u>３－３号</u>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 <u>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。</u> 郵送先 〒950-8570 新潟市中央区新光町４番地１ 新潟県福祉保健部 健康づくり支援課 成人保健係 問合せ先 新潟県福祉保健部 健康づくり支援課 成人保健係 電話 ０２５－２８０－５１９９	◎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、新潟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解冻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。 6 医療機関によっては、様式第３－２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。 郵送先 〒950-8570 新潟市中央区新光町４番地１ 新潟県福祉保健部 健康づくり支援課 成人保健係 問合せ先 新潟県福祉保健部 健康づくり支援課 成人保健係 電話 ０２５－２８０－５１９９	①②③注意事項追加

改正後

様式第3－2号

新潟県
小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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)

新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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、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	日生
	氏名	性別	男 ・ 女		
	患者アプリ登録 した者	患者アプリ登録が 無い場合、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		

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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

対象者又は配偶者は、過去に妊孕性温存療法治療費助成事業（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。	生殖補助医療開始日 (年 月 日)
		1 凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療	生殖補助医療終了日 (年 月 日)
		2 凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療	※上記開始日と同じ場合も記載し てください。
		3 凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療	備査 ()
		4 凍結した精子を用いた生殖補助医療	
	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	
	III	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	
		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	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。

改正前

様式第3－2号

新潟県
小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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)

新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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、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を受けた者	ふりがな	生年月日	年	月	日生
	氏名	性別	男 ・ 女		
	妊孕性温存療法を受けた者 (※2)	氏名	性別	男 ・ 女	

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事
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

過去に妊孕性温存療法治療費助成事業（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（ ）

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。	生殖補助医療開始日 (年 月 日)
		1 凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療	生殖補助医療終了日 (年 月 日)
		2 凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療	※上記実施日と同じ場合も記載し ださい。 実施医療機関 ()
		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	
	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	
	III	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	
		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 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 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、主治医が患者から治療費として支払った領収書の提出を受け、領収金額を記載してくださ
い。

①②対象者欄を
修正
患者アプリ欄を
追加
温存後生殖補助
医療実施医療機
関名を追加
注記を修正

改正後	改正前	改正内容																																														
領収金額 内訳証明書 <table><thead><tr><th>項 目</th><th>費 用</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td>合 計</td><td>円</td></tr></tbody></table> 治療期間 年 月 日～ 年 月 日 領収金額に関する問合せ先 <table><tbody><tr><td>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></tbody></table> ・ 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。 ・ <u>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。</u> 領収金額 内訳証明書 <table><thead><tr><th>項 目</th><th>費 用</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td>円</td></tr><tr><td>合 計</td><td>円</td></tr></tbody></table> 治療期間 年 月 日～ 年 月 日 領収金額に関する問合せ先 <table><tbody><tr><td>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></tbody></table> ・ 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。 ・ <u>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、主治医が患者から治療費として支払った領収書の提出を受け、領収金額を記載してください。</u> ①一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合の領収書証明方法を修正	項 目	費 用		円		円		円		円		円		円		円	合 計	円	担当課		担当者		電話番号	— —	項 目	費 用		円		円		円		円		円		円		円	合 計	円	担当課		担当者		電話番号	— —
項 目	費 用																																															
	円																																															
	円																																															
	円																																															
	円																																															
	円																																															
	円																																															
	円																																															
合 計	円																																															
担当課																																																
担当者																																																
電話番号	— —																																															
項 目	費 用																																															
	円																																															
	円																																															
	円																																															
	円																																															
	円																																															
	円																																															
	円																																															
合 計	円																																															
担当課																																																
担当者																																																
電話番号	— —																																															

改正後	改正前	改正内容																																											
様式第3－3号 新潟県 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法治療費助成事業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) 新潟県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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、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 _____ (自署) <table><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></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></table> 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（ ） <table><tr><td>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="6">領収金額内訳</td><td>項目</td><td>費 用</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td></td><td>円</td></tr><tr><td>備考</td><td colspan="3"></td></tr></table> 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。 ※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。 (新設) ①②連携機関用の領収金額内訳証明を新設	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	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			
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																																									
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																																													

改正後	改正前	改正内容
様式 3－4 号 事実婚関係に関する申立書 年 月 日 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) 新潟県知事 様	様式 3－3 号 事実婚関係に関する申立書 年 月 日 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) 新潟県知事 様	①様式番号修正