（表　面）

様式第１号（生殖機能温存治療を受けた患者様用）

記入例

宮城県がん患者生殖機能温存治療費等助成金申請書

（宛先）宮城県知事　殿

申請者（未成年の場合は保護者）	ふりがな	ミヤギ　タロウ	治療を受けた者との関係
	氏名	宮城　太郎	本人
	住所	〒980-8570 宮城県仙台市青葉区本町３丁目８－１	
	電話番号	自宅　・　携帯　・　その他（　　）※日中に連絡がとれる連絡先を記入してください。 012－３４５６－７８９０	
	患者アプリ番号（12 桁） ※記載出来ない場合は理由を記載してください。	○○○○○○○○○○○○	
生殖機能温存治療を受けた者（申請者と同じ場合は記入不要）	ふりがな		
	氏名		
	住所	〒	
	電話番号	自宅　・　携帯　・　その他（　　）※日中に連絡がとれる連絡先を記入してください。 －　　－	

申請者と治療を受けた方が異なる場合は，こちらの欄も記入してください。

カウンセリング実施医療機関	宮城県立がんセンター/東北大学病院
生殖機能温存治療実施医療機関	○○○○○○
今回の生殖機能温存治療について、過去に宮城県または他都道府県等で同様の助成を受けたことがありますか。	はい・いいえ（１回目の申請）
上記で、はいと回答された方は、助成を受けた都道府県等及び助成を受けた時期と回数を御記入ください。 ※助成対象は２回目の申請までです。すでに２回以上、助成を受けている方は、助成の対象外です。	助成都道府県等： 助　成　時　期：令和　　年　　月 助　成　回　数：　　回
本助成事業の対象経費について、他制度の助成を受けていますか。 ※「はい」の場合助成対象外になります。	はい・いいえ（１回目の申請）

添付書類（添付したものにチェック）	☑ 宮城県がん患者生殖機能温存治療実施証明書（生殖機能温存治療医療機関）（様式第６号） ☑ 宮城県がん患者生殖機能温存治療実施証明書（がん治療医療機関）（様式第７号） ☑ 生殖機能温存治療費助成申請についての同意書（様式第９号） ☐ 夫婦であることを証明できる書類（胚凍結の場合） ☑ 住民票の写し　☑ 領収書（原本）　☑ 診療明細書（原本）　☑ 振込口座通帳等の写し

生殖機能温存治療について十分な説明を受け、理解した上で、生殖機能温存治療を受けましたので、必要書類を添えて申請します。

また、助成の可否を判断するため、宮城県が必要に応じ、過去の生殖機能温存治療費助成状況及び他制度の助成状況等について他の自治体へ照会すること、治療を受けた医療機関に照会することについて同意します。

申請書を提出される日を記入してください。

申 請 額	３５，０００　円

※申請額は裏面で計算できます。

令和○年○月○○日

自署

申請者氏名（自署）　宮城　太郎

振込先（申請者の名義）	ふりがな	ミヤギ　タロウ		
	口座名義	宮城　太郎		
	金融機関名	○○銀行	支店名	○○　支店
	口座種別	普通　・　当座	口座番号	１２３４５６７

裏面の注意事項を御確認の上、記入してください。

（裏　面）

◎申請額の計算方法

【A】領収金額合計 （様式第６号（※１）から記載）	【B】算定額 （A×１／２）	【C】助成対象治療 （下記表から治療名を記載）	【D】上限額 （下記表から上限額を記載）	【E】申請額 （BとDの少ない方）
１００,０００円	５０，０００円	精子凍結	３万円	①　３０，０００円
※２１０,０００円	５，０００円	カウンセリング	６，０００円	②　５，０００円
			合計（申請額へ記載してください）	３５，０００円

※１　宮城県がん患者生殖機能温存治療実施証明書（生殖機能温存治療医療機関が作成したもの）を御準備ください。
※２　カウンセリングを受けた場合、領収書のカウンセリング料金を記載してください。

表　各治療等に係る助成金額及び上限額

助成対象治療（【C】へ記載）	助成金の額（【D】へ記載）
意思決定のためのカウンセリング	費用の１／２（上限：　６千円）
胚（受精卵）の凍結	費用の１／２（上限：３５万円）
卵子の凍結	費用の１／２（上限：２０万円）
卵巣組織の凍結	費用の１／２（上限：４０万円）
精子の採取及び凍結	費用の１／２（上限：　３万円）
精巣内精子の採取を伴う精子の採取及び凍結	費用の１／２（上限：３５万円）

◎注意事項

※生殖機能温存治療が終了した日の属する年度の末日までに申請を行ってください。
　ただし、生殖機能温存治療実施後、期間を置かずに原疾患治療を開始する必要がある等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。
※助成決定金額は、宮城県保健福祉部健康推進課から文書で通知します。
※書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますので、ご注意ください。
※助成の対象は、生殖機能温存治療に要した費用（初回の保存料を含む。）は、入院費、入院時の食費等生殖機能温存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とします。カウンセリングに要した費用は、日本・がん生殖医療学会が認定する意思決定施設（都道府県がん診療連携拠点病院）における初回カウンセリング料が対象となります。
※医療機関によっては、様式第６号及び第７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（助成対象外）。
※本事業による助成は、他の助成制度との併用（治療期間が重なる）はできません。
※本事業は、生殖機能温存治療に要した医療費を申請に基づき宮城県が助成するものであり、がん治療及び生殖機能温存治療、またがん治療後の妊娠等、その医療内容について宮城県が保証する、若しく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この助成金の交付事務以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏洩、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。

◎添付書類について

住民票の写し	マイナンバー記載がないもの、申請日から３か月以内のもの 申請者が未成年の場合は、申請者と患者本人の続柄の記載があるもの
夫婦であることを証明できる書類（胚凍結の場合）	法律婚の場合　両人の戸籍謄本の写し 事実婚の場合　両人の戸籍謄本の写し（重婚でないことの確認）、両人の住民票の写し（同一世帯の確認）及び両人の事実婚関係に関する申立書（様式第 15 号）
領収書（原本）	生殖機能温存治療費、カウンセリング料
診療明細書（原本）	生殖機能温存治療費、カウンセリング料
振込口座通帳等の写し	カナ名義・口座番号・支店番号のわかるページのコピー 患者が未成年のときは、患者本人又は保護者名義のもの

◎郵送先

〒９８０－８５７０　仙台市青葉区本町３丁目８－１
宮城県保健福祉部健康推進課　がん・循環器病対策班　宛て

※簡易書留等、記録が残る方法で送付してください。

◎問合せ先

宮城県保健福祉部健康推進課　がん・循環器病対策班　　電話：０２２－２１１－２６３８（直通）

（表　面）

様式第２号（都道府県がん診療連携拠点病院でカウンセリングのみ実施した患者様用）

記入例

宮城県がん患者生殖機能温存治療カウンセリング費用助成金交付申請書

（宛先）宮城県知事　殿

申請者（未成年の場合は保護者）	ふりがな	みやぎ　はなこ	治療を受けた者との関係
	氏名	宮城　花子	本人
	住所	〒980-0000 宮城県仙台市青葉区本町１－２－３	
	電話番号	自宅　・携帯　・　その他（　　）※日中に連絡がとれる連絡先を記入してください。 ０００　－１１１１－２２２２	
カウンセリングを受けた者（申請者と同じ場合は記入不要）	ふりがな		
	氏名		
	住所		
	電話番号	自宅　・　携帯　・　その他（　　）※日中に連絡がとれる連絡先を記入してください。 －　　－	

申請者と治療を受けた方が異なる場合は，こちらの欄も記入してください。

カウンセリング費用助成の申請回数（いずれかに〇）	１回目　・　２回目　・３回目以上 ※３回目以上は助成の対象外です。

カウンセリング実施日	令和〇年〇月〇〇日	カウンセリング実施医療機関	〇〇がんセンター
がん治療医療機関	〇〇〇〇病院　（主治医　〇〇　〇〇　）		
添付書類（添付したものにチェック）	☑ 住民票の写し ☑ 領収書（原本） ☑ 診療明細書（原本） ☑ 振込口座通帳等の写し ☐ その他（　　）		

生殖機能温存治療について十分な説明を受け、理解した上で、カウンセリングを受けましたので、必要書類を添えて申請します。

また、助成の可否を判断するため、宮城県が必要に応じ、治療を受けた医療機関に照会することについて同意します。

申請書を提出される日を記入してください。

申 請 額	５，５００円

※申請額は裏面で計算できます。

令和〇年〇月〇〇日

自署

申請者氏名（自署）　宮城　花子

振込先（申請者の名義）	ふりがな	みやぎ　はなこ		
	口座名義	宮城　花子		
	金融機関名	〇〇〇銀行	支店名	県庁　支店
	口座種別	普通　・　当座	口座番号	１２３４５６７

申請者名義の口座に限ります。

裏面の注意事項を御確認の上、記入してください。

（裏　面）

◎申請額の計算方法

【A】領収金額合計	【B】算定額（A×１／２）	【C】助成対象治療	【D】上限額	【E】申請額（BとDの少ない方）
※　１１，０００円	５，５００円	カウンセリング	６，０００円	５，５００円

↑申請額へ記載してください

※　領収書のカウンセリング料金を記載してください。

表　各治療等に係る助成金額及び上限額

助成対象治療	助成金の額
意思決定のためのカウンセリング	費用の１／２（上限：６千円）

◎注意事項

※生殖機能温存治療が終了した日の属する年度の末日までに申請を行ってください。
　ただし、生殖機能温存治療実施後、期間を置かずに原疾患治療を開始する必要がある等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。

※助成決定金額は、宮城県保健福祉部健康推進課から文書で通知します。

※書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますので、ご注意ください。

※カウンセリングの助成の対象は、都道府県がん診療連携拠点病院における初回カウンセリング料です。

◎個人情報の取扱いについて

　得られた個人情報はこの助成金の交付事務以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏洩、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。

◎添付書類について

住民票の写し	マイナンバー記載がないもの、申請日から３か月以内のもの 申請者が未成年の場合は、申請者と患者本人の続柄の記載があるもの
領収書（原本）	生殖機能温存治療費、カウンセリング料
診療明細書（原本）	生殖機能温存治療費、カウンセリング料
振込口座通帳等の写し	カナ名義・口座番号・支店番号のわかるページのコピー 患者が未成年のときは、患者本人又は保護者名義のもの

◎郵送先

〒９８０－８５７０　仙台市青葉区本町３丁目８－１
宮城県保健福祉部健康推進課　がん・循環器病対策班　宛て

※簡易書留等、記録が残る方法で送付してください。

◎問合せ先

宮城県保健福祉部健康推進課　がん・循環器病対策班　　電話：０２２－２１１－２６３８（直通）

（表　面）

様式第３号（温存後生殖補助医療を受けた患者様用）

宮城県がん患者生殖機能温存治療費等助成金申請書

（宛先）宮城県知事　殿

申請者	ふりがな	みやぎ　はなこ	患者アプリ番号（12 桁） ※記載できない場合、理由を記載する
	氏名	宮城　花子	１２３４５６７８９１２３
	住所	〒980-0000 宮城県仙台市青葉区本町１－２－３	
	電話番号	自宅　・ 携帯　・　その他（　　）※日中に連絡がとれる連絡先を記入してください。 ０００　－１１１１－２２２２	
夫 （申請者と同じであれば記入不要）	ふりがな	みやぎ　たろう	
	氏名	宮城　太郎	
妻 （申請者と同じであれば記入不要）	ふりがな		
	氏名		

過去に宮城県または他都道府県等で温存後生殖補助医療の助成を受けたことがありますか。	はい・ いいえ （１回目の申請）
上記で、はいと回答された方は、助成を受けた都道府県等及び助成を受けた時期と回数を御記入ください。 ※助成回数には、限りがございますので、詳しくは県 HP 等を御確認ください。	助成都道府県等： 助　成　回　数：　　回 助　成　時　期：　　年　　月

添付書類 （添付したものにチェック）	☑ 宮城県がん患者温存後生殖補助医療実施証明書（温存後生殖補助医療実施医療機関）（様式第８号） ☑ 夫婦であることを証明できる書類（裏面参照） ☑ 生殖機能温存治療費助成申請についての同意書（様式第９号） ☑ 住民票の写し　☑ 領収書　☑ 診療明細書　☑ 振込口座通帳等の写し

温存後生殖補助医療について十分な説明を受け、理解した上で、温存後生殖補助医療を受けましたので、必要書類を添えて申請します。

また、助成の可否を判断するため、宮城県が必要に応じ、過去の生殖機能温存治療費助成状況及び他制度の助成状況等について他の自治体へ照会すること、治療を受けた医療機関に照会することについて同意します。

申 請 額	１００，０００　円

※申請額は裏面で計算できます。

申請書を提出される日を記入してください。

令和〇年〇月〇〇日

自署

申請者氏名（自署）　宮城　花子

振込先 （申請者の名義）	ふりがな	みやぎ　はなこ		
	口座名義	宮城　花子		
	金融機関名	〇〇〇銀行	支店名	県庁　支店
	口座種別	普通　・　当座	口座番号	１２３４５６７

裏面の注意事項を御確認の上、記入してください。

（裏　面）

◎申請額の計算方法

【A】領収金額合計 （様式第８号（※）から記載）	【B】算定額 （A×１／２）	【C】助成対象治療 （下記表から治療名を記載）	【D】上限額 （下記表から上限額を記載）	【E】申請額 （BとDの少ない方）
２５０，０００円	１２５，０００円	凍結した胚を用いた生殖補助医療	１００，０００円	１００，０００円

↑申請額へ記載してください

※宮城県がん患者温存後生殖補助医療実施証明書（温存後生殖補助医療実施医療機関が作成したもの）を御準備ください。

表　各治療等に係る助成金額及び上限額

助成対象治療（【C】へ記載）	助成金の額（【D】へ記載）
凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療	費用の１／２（上限：１０万円）
凍結した卵子を用いた生殖補助医療	費用の１／２（上限：２５万円）※１
凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療	費用の１／２（上限：３０万円）※１～４
凍結した精子を用いた生殖補助医療	費用の１／２（上限：３０万円）※１～４

※１　以前に凍結した肺を解凍した胚移植を実施する場合は１０万円
※２　人工授精を実施する場合は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１０万円
※４　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

◎注意事項

※温存後生殖補助医療が終了した日の属する年度の末日までに申請を行ってください。
※助成決定金額は、宮城県保健福祉部健康推進課から文書で通知します。
※書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますのでご注意ください。
※助成の対象は、生殖機能温存治療により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後実施した生殖補助医療に要した費用は、入院費、入院時の食費等生殖機能温存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とします。
※医療機関によっては、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（助成対象外）。
※本事業による助成は、他の助成制度との併用（治療期間が重なる）はできません。
※本事業は、温存後生殖補助医療に要した医療費を申請に基づき宮城県が助成するものであり、がん治療及び生殖機能温存治療、またがん治療後の妊娠等、その医療内容について宮城県が保証する、若しく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この助成金の交付事務以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏洩、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。

◎添付書類について

住民票の写し	マイナンバー記載がないもの、申請日から３か月以内のもの
夫婦であることを証明できる書類	法律婚の場合　両人の戸籍謄本の写し 事実婚の場合　両人の戸籍謄本の写し（重婚でないことの確認）、両人の住民票の写し（同一世帯の確認）及び両人の事実婚関係に関する申立書（様式第 15 号）
領収書（原本）	温存後生殖補助医療費
診療明細書（原本）	温存後生殖補助医療費
振込口座通帳等の写し	カナ名義・口座番号・支店番号のわかるページのコピー 患者が未成年のときは、患者本人又は保護者名義のもの

◎郵送先

〒９８０－８５７０　仙台市青葉区本町３丁目８－１
宮城県保健福祉部健康推進課　がん・循環器病対策班　宛て

※簡易書留等、記録が残る方法で送付してください。

◎問合せ先

宮城県保健福祉部健康推進課　がん・循環器病対策班　　電話：０２２－２１１－２６３８（直通）

（様式第６号）　生殖機能温存治療医療機関において記載

記入例

宮城県がん患者生殖機能温存治療実施証明書

この証明書は，生殖機能温存治療を行った医療機関に記入してもらってください（申請者による記入は不可）。

以下のとおり、がん治療により生殖機能
者に対し、宮城県がん患者生殖機能温存治
治療（※）を実施することについて説明し

本事業による助成を受ける場合は，患者アプリへの登録を行ってください。詳しくは，生殖機能温存の治療医に御確認ください。

令和〇年〇月〇〇日

医療機関の名称及び所在地　〇〇クリニック
仙台市青葉区〇〇町５－６－７

生殖機能温存治療医氏名　〇〇　〇〇　印

生殖機能温存治療を受けた者		やぎ　はなこ		
		宮城　花子		
	生年月日・性別等	平成〇〇年〇〇月〇〇日生　男　・　女（〇） （生殖機能温存治療実施日における年齢　満　〇〇歳）		
	患者アプリ番号	１２３４５６７８９	患者アプリ登録が無い場合、その理由	
治療方法	治療が完了したもの	男性	１　精子の採取及び凍結 ２　精巣内精子の採取及び凍結	
		女性	１　卵子の採取及び胚（受精卵）の凍結 ２（〇）　卵子の採取及び凍結 ３　卵巣組織の採取及び凍結	
		治療期間　令和〇〇年〇〇月〇〇日　～　令和〇〇年〇〇月〇〇日		
	体調不良等により医師の判断により中断したもの	男性	１　精子の採取及び凍結 ２　精巣内精子の採取及び凍結	
		女性	１　卵子の採取及び胚（受精卵）の凍結 ２　卵子の採取及び凍結 ３　卵巣組織の採取及び凍結	
		治療期間　年　月　日　～　年　月　日		
領収金額合　計	今回の治療に要した助成対象費用合計 領収金額　４００，０００　円			

※　生殖機能温存治療とは、生殖機能が低下する又は失う恐れのあるがん治療に関して精子、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、若しくは卵子を採取し受精させ胚（受精卵）を凍結保存するまでの一連の医療行為のこと

（裏面）

（生殖機能温存治療実施医療機関において記載）

領収金額　内訳証明書

項　　目	費　　用
卵子、精子、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）	３００，０００円
胚（受精卵）を凍結保存する場合の授精の要した費用 （授精料、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）	１００，０００円
その他（　　）	円
その他（　　）	円
その他（　　）	円
合　　計	円

領収金額に関する問合せ先	
担当課	○○クリニック医事課
担当者	○○　○○
電話番号	０００－４４４４－５５５５

○ 助成対象となる費用のみを計上してください。

○ 助成の対象となる費用は、ガイドラインに基づき行われる生殖機能温存治療に要する費用のうち、精子、卵子又は卵巣組織の採取凍結並びに卵子の採取、受精による胚（受精卵）の凍結に係る保険適用外費用です。

○ 助成の対象となる費用は、治療に要する費用（初回の保存に要する費用を含む。）とし、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に係る費用は対象外です。

○ 体調不良などにより医師の判断に基づき、生殖機能温存治療を中止した場合も、それまでに要した生殖機能温存治療に係る費用は助成対象です。

○ 主治医の治療方針に基づき、主治医が属する医療機関以外の医療機関で治療を行った場合は、主治医が、患者から当該医療機関が発行した領収書の提出を受け、金額を記載してください。

（様式第７号）　がん治療医療機関において記載

記入例

宮城県がん患者生殖機能温存治療実施証明書

この証明書は，がん治療を行った医療機関に記入してもらってください（申請者による記入は不可）。

以下のとおり、がん治療により生殖
者に対し、宮城県がん患者生殖機能温
治療（※１）を実施することについて

令和〇年〇月〇〇日

医療機関の名称　〇〇病院

医療機関の所在地　仙台市青葉区〇〇町５－６－７

がん治療主治医氏名　〇〇　〇〇　印

生殖機能温存治療を受ける者	ふりがな	みやぎ　はなこ
	氏　名	宮城　花子
	生年月日・性別	平成〇〇年〇〇月〇〇日生　男　・　女
治療方法	基礎疾患について	
	基礎疾患名（※２）〇〇がん	左記の診断日　〇〇年　〇〇月　〇〇日 診断医療機関名　〇〇病院
	基礎疾患に対する治療のうち、生殖機能を損ねると予想される治療の開始（予定）日	
	（いずれかの番号に〇を付けてください。） 1　化学療法 2　放射線治療 3　その他	左記の治療開始（予定）日　〇〇年　〇〇月　〇〇日 実施医療機関名　〇〇病院
生殖機能温存治療実施（予定）医療機関名　〇〇クリニック		
生殖機能温存治療意思決定カウンセリング実施（予定）医療機関　〇〇病院		

※１　生殖機能温存治療とは、生殖機能が低下する又は失う恐れのあるがん治療に関して精子、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、若しくは卵子を採取し受精させ胚（受精卵）を凍結保存するまでの一連の医療行為のこと

※２　基礎疾患名の欄には、がんの診断名（例：悪性リンパ腫）を記載してください。

（様式第８号）　温存後生殖補助医療実施機関において記載

記入例

宮城県がん患者生殖機能温存治療費等助成事業に係る温存後生殖補助医療証明書

この証明書は，温存後生殖補助医療を行った医療機関に記入してもらってください（申請者による記入は不可）。

以下のとおり、宮城県がん患者
に対し、温存後生殖補助医療（※
します。

令和〇年〇月〇〇日

医療機関の名称及び所在地　〇〇クリニック

仙台市青葉区〇〇町５－６－７

温存後生殖補助医療医氏名　〇〇　〇〇　印

温存後生殖補助医療を受けた者（※２）	ふりがな	みやぎ　はなこ		
	氏　名	宮城　花子		
	生年月日・性別等	平成〇〇年〇〇月〇〇日生　男　・　女 （治療期間の初日における妻の年齢　満　〇〇歳）		
	患者アプリ番号		患者アプリ登録が無い場合、その理由	
生殖機能温存治療を受けた者	ふりがな			
	氏　名			
	生年月日・性別等	年　月　日生　男　・　女 （生殖機能温存治療実施日における年齢　満　歳）		
治療方法	Ⅰ	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		
		治療期間　令和〇〇年〇〇月〇〇日　～　令和〇〇年〇〇月〇〇日		
	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、該当する番号に〇をつけてください。 1　以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合 2　人工授精を実施する場合 3　採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止した場合		
領収金額合　計	今回の治療に要した助成対象費用合計 領収金額　１００，０００　円			

※１　生殖機能温存治療により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医療のこと。

※２　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。

（裏面）

（温存後生殖補助医療実施機関において記載）

領収金額　内訳証明書

項　　目	費　　用
凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療に要した費用	１００，０００円
	円
	円
	円
	円
	円
合　　計	１００，０００円

領収金額に関する問合せ先	
担当課	○○クリニック医事課
担当者	○○　○○
電話番号	０００－４４４４－５５５５

○ 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、生殖機能温存治療により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医療に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。

○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。

○ 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。

様式第９号

記入例

生殖機能温存治療についての同意書

私は、以下の点について、医療機関より十分な説明を受け、内容を理解し、リスクがあることについても承知しました。

1　がん治療により生殖機能が低下する又は失うおそれがあること

2　生殖機能温存治療により、将来子どもを授かる可能性を残せること

（１）内容と一連の流れについて

（２）副作用や合併症について

（３）費用について

（４）がん治療の主治医の判断により、生殖機能温存治療を中断することがあること

（５）（女性の場合）女性ホルモン依存性のがんの場合、生殖機能温存治療を実施することによりがんが悪化する可能性があること

3　（卵子又は精子凍結の場合）

がん治療後、融解して対外授精から胚移植を行うまでの一連の流れについて

（受精卵凍結の場合）

がん治療後、融解し胚移植を行うまでの一連の流れについて

4　生殖機能温存治療を行った場合の妊娠成功率について

5　臨床データ等を、生殖機能温存治療の有効性・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などの研究に利用するために提供することについて

6　その他

（　　）

宮城県知事　殿

令和〇年〇月〇〇日

申請書を提出される日を記入してください。

申請者様が署名してください。

申請者署名　　宮城　花子

（受領者との続柄　本人　　）

様式第15号

記入例

事実婚関係に関する申立書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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＿宮城県仙台市青葉区本町１－２－３＿

氏名＿宮城　花子＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

②

住所＿宮城県仙台市青葉区本町１－２－３＿

氏名＿宮城　太郎＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※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）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

宮城県知事　殿

様式16号

記入例

事実婚関係に関する申立書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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＿＿宮城県仙台市青葉区本町１－２－３＿＿

氏名＿＿宮城　花子＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

②
住所＿＿宮城県仙台市青葉区本町１－２－３＿＿

氏名＿＿宮城　太郎＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※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）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

宮城県知事　殿