

生殖機能温存にかかる 治療費の助成が受けられます

岐阜県では、将来子どもを産み育てることを望む小児・思春期・若年のがん患者さん等が、希望を持ってがん治療等に取り組んでいただくことができるよう、がん治療等の開始前に県が指定した病院において行う生殖機能温存治療等に要した費用の一部を助成します。



生殖機能温存治療とは

希望を持って
治療に専念！



生殖機能が低下し、若しくは失うおそれのあるがん治療等に際して、精子、卵子などを凍結保存するまでの一連の医療行為を生殖機能温存治療といいます。

意思決定支援（医師から治療のメリットやデメリットの説明やカウンセリングを受けること）を受け、正しい情報を得てから、生殖機能温存治療を行つか否かの判断をすることをおすすめしています。

「生殖機能温存治療を受けない」とした方を対象に、意思決定支援に係る助成があります。

※意思決定支援を受けたが生殖機能温存治療を実施しなかった方は、「意思決定支援に係る助成申請のみをする場合」をご確認ください。

対象となる方

以下の要件を全て満たす方が対象となります。

- (1)申請時点で岐阜県内に住所を有している方
- (2)生殖機能温存治療の凍結保存時における年齢が43歳未満の方
- (3)意思決定支援施設において、意思決定支援を受けた方
※原疾患の治療を直ちに開始する必要があることその他のやむを得ない事情により意思決定支援を受けることが困難な場合は、意思決定支援を受けずに生殖機能温存治療を実施した方も対象となります。
- (4)指定医療機関において生殖機能温存治療を受けた方
- (5)がん治療等により、生殖機能が低下し、又は失うおそれがあるとがん治療等担当医師及び指定医療機関の生殖機能を専門とする医師により判断され、かつ、生命予後に与える影響が容認されると認められる方
※子宮摘出が必要な場合その他の妊娠できないことが想定される場合は対象となりません。
- (6)生殖機能温存治療の治療期間を同じくして、岐阜県特定不妊治療費助成事業に基づく助成又は他の都道府県若しくは市町村が実施する特定不妊治療費助成事業により、助成金等の交付を受けていない方
- (7)生殖機能温存治療について、他の法令等の規定により、他の都道府県又は市町村の負担による助成を受けていない方
- (8)小児・AYA世代のがん患者等の妊娠性温存療法研究に参加できる方

申請書の記入方法

申請書に必要書類を添付して提出方法のとおり提出してください。
申請書は岐阜県公式ホームページからダウンロードできます。



岐阜県がん患者生殖機能温存治療等助成金交付申請書 (小児・AYA世代のがん患者等の妊活性温存療法研究促進事業)																																																																																								
申請者 <small>(未成年の場合は、保護者)</small>	ふりがな	姓	名	岐阜 花子	花子	本人	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日生(〇〇)歳	性別	女	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 岐阜県岐阜市xxxx〇-〇-〇			電話番号	(052) 〇〇〇-〇〇〇〇			患者アブリ番号(12桁)	□□□□□□□□□□□□			患者アブリ番号を確認できない場合				ふりがな				氏 名				生年月日	年	月	日 生()歳 性別	申種者と同一場合は、記入不要				住 所	〒 -			電話番号	() -			受ける医療機関名(医療機関名:岐阜大学医学部附属病院) 受けている(理由:) 受けていない(理由:)				生殖機能温存治療を受けた医療機関名 () 病院(×)科				がん治療を受けた医療機関名 () 病院(×)科				今後の生殖機能温存治療の中間回数 受けている(理由:) 受けない(理由:) 受けない場合は、医療機関にて、既に2回以上の助成を受けている場合は、対象になります。				今後の生殖機能温存治療に際し、他制度の助成金等を受ける予定(申請済)はありますか ※はりきの場合は、本助成を受けることはできません。				<table border="1"> <tr> <td>申請額</td> <td>200,000円</td> </tr> <tr> <td>令和〇年〇月〇日</td> <td>款成決定金額 未記入不要</td> </tr> <tr> <td>申請者氏名(自署)</td> <td>支店名 XX 本店</td> </tr> <tr> <td>誕生日</td> <td>支店名 XX 本店</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td>ギフ ハナコ</td> </tr> <tr> <td>口座名義</td> <td>岐阜 花子</td> </tr> <tr> <td>口座種別</td> <td>普通 高蔵</td> </tr> </table>				申請額	200,000円	令和〇年〇月〇日	款成決定金額 未記入不要	申請者氏名(自署)	支店名 XX 本店	誕生日	支店名 XX 本店	フリガナ	ギフ ハナコ	口座名義	岐阜 花子	口座種別	普通 高蔵
	ふりがな	姓	名																																																																																					
	岐阜 花子	花子	本人																																																																																					
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日生(〇〇)歳	性別	女																																																																																				
	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 岐阜県岐阜市xxxx〇-〇-〇																																																																																						
	電話番号	(052) 〇〇〇-〇〇〇〇																																																																																						
	患者アブリ番号(12桁)	□□□□□□□□□□□□																																																																																						
	患者アブリ番号を確認できない場合																																																																																							
	ふりがな																																																																																							
	氏 名																																																																																							
生年月日	年	月	日 生()歳 性別																																																																																					
申種者と同一場合は、記入不要																																																																																								
住 所	〒 -																																																																																							
電話番号	() -																																																																																							
受ける医療機関名(医療機関名:岐阜大学医学部附属病院) 受けている(理由:) 受けていない(理由:)																																																																																								
生殖機能温存治療を受けた医療機関名 () 病院(×)科																																																																																								
がん治療を受けた医療機関名 () 病院(×)科																																																																																								
今後の生殖機能温存治療の中間回数 受けている(理由:) 受けない(理由:) 受けない場合は、医療機関にて、既に2回以上の助成を受けている場合は、対象になります。																																																																																								
今後の生殖機能温存治療に際し、他制度の助成金等を受ける予定(申請済)はありますか ※はりきの場合は、本助成を受けることはできません。																																																																																								
<table border="1"> <tr> <td>申請額</td> <td>200,000円</td> </tr> <tr> <td>令和〇年〇月〇日</td> <td>款成決定金額 未記入不要</td> </tr> <tr> <td>申請者氏名(自署)</td> <td>支店名 XX 本店</td> </tr> <tr> <td>誕生日</td> <td>支店名 XX 本店</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td>ギフ ハナコ</td> </tr> <tr> <td>口座名義</td> <td>岐阜 花子</td> </tr> <tr> <td>口座種別</td> <td>普通 高蔵</td> </tr> </table>				申請額	200,000円	令和〇年〇月〇日	款成決定金額 未記入不要	申請者氏名(自署)	支店名 XX 本店	誕生日	支店名 XX 本店	フリガナ	ギフ ハナコ	口座名義	岐阜 花子	口座種別	普通 高蔵																																																																							
申請額	200,000円																																																																																							
令和〇年〇月〇日	款成決定金額 未記入不要																																																																																							
申請者氏名(自署)	支店名 XX 本店																																																																																							
誕生日	支店名 XX 本店																																																																																							
フリガナ	ギフ ハナコ																																																																																							
口座名義	岐阜 花子																																																																																							
口座種別	普通 高蔵																																																																																							

治療を受けた方が**未成年**の場合は
親権者等を記入してください

日中、つながりやすい
電話番号としてください

助成を受けられる方は**JOFR連携患者ア
プリ「FSリンク」**の取得・登録が必要です。

治療する方と申請する方が
異なる場合のみ記入してください

初めて申請される方は
1回目に✓を入れてください
2回目の方は、
1回目の情報を記入してください

治療の内容によって上限額が異なります

助成の対象となる治療等	助成上限額／1回	助成の対象となる費用
胚(受精卵)の凍結	35万円	ガイドラインに基づき行われる生殖機能温存治療及び初回の凍結保存に要する自己負担額のうち医療保険適用外の費用又は意思決定支援施設において実施された意思決定支援に要する費用です。 なお、生殖機能温存治療に係る助成は通算2回までとなります。
未授精卵子の凍結	20万円	(対象外) ・入院費、入院時の食事代、文書料等治療に直接関係のない費用 ・初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用 ・申請者の都合により生殖機能温存治療を中止した場合の費用 ・原疾患担当医師及び医療機関の生殖涼を専門とする医師の双方の同意が得られない場合の費用
卵巢組織の凍結(組織の再移植を含む。)	40万円	
精子の凍結	2万5千円	
精巣内精子採取術による精子の凍結	35万円	

(例) 未受精卵子の凍結を行った場合

- 支払額: 250,000円 ⇒ 申請額: 200,000円
- 支払額: 150,000円 ⇒ 申請額: 150,000円

申請に必要な書類

交付申請書（生殖機能温存治療申請用）

生殖機能温存治療実施証明書

※生殖機能温存治療を受けた病院で作成してもらってください。

原疾患治療実施証明書

※がん等の治療を行っている病院で作成してもらってください。

住民票（コピー不可）

※申請日から3か月以内で、申請時に岐阜県内に住所を有していることがわかるもの。

※マイナンバーの記載がないものとしてください。

※対象者と申請者（保護者など）が異なる場合は、「続柄」の記載をお願いします。

領収書・診療明細書（写し可）

※生殖機能温存治療に要した費用が確認できる指定医療機関が発行したもの。

申請者の振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号および支店名がわかる預金通帳の写し（通帳表紙裏の見開きのコピーなど）

生殖機能温存治療費領収金額内訳証明書

※治療の一部を指定医療機関以外の医療機関で実施した場合に治療を受けた病院で作成してもらってください。

夫婦であることを証明できる書類

※胚（受精卵）凍結に係る助成申請に限る

法律婚の場合：両人の戸籍謄本

事実婚の場合：a～cの書類

a 両人の戸籍謄本

b 両人の住民票（同一世帯でない場合は、cにその理由を記入）

c 両人の事実婚関係に関する申立書（別紙1-2）

県内の指定医療機関 ※令和7年12月時点

助成対象となる治療を行う県内の指定医療機関は以下のとおりです。

指定医療機関	所在地	電話番号
岐阜大学医学部附属病院	〒501-1194 岐阜市柳戸1番1	058-230-6000
操レディスホスピタル	〒502-0846 岐阜市津島町6-19	058-233-8811
松波総合病院	〒501-6062 羽島郡笠松町田代185-1	058-388-0111
クリニックママ	〒503-0807 大垣市今宿3丁目34-1	0584-73-5111

よくある質問

Q：意思決定支援を受けた後に生殖機能温存治療を実施しましたが、意思決定支援に係る費用は助成対象となりますか。

A：なります。

指定医療機関が発行する「生殖機能温存治療実施証明書」の領収金額に意思決定支援に係る費用を含めた額で証明してもらい、申請してください。ただし、助成上限額の上乗せはありませんのでご注意ください。

Q：申請書の『患者アリ番号』とは何ですか。

A：日本がん・生殖医療登録システム（JGFR）の専用アプリ『JGFR 連携患者アリ（愛称「FSリンク」）』の会員番号をさします。本事業の助成を受けるにはアプリの登録が必要となるため、日本がん・生殖医療学会のホームページで登録方法等を確認いただき、岐阜県へ申請をする前に必ず登録を行ってください。

Q：岐阜県外の医療機関で生殖機能温存治療を受けましたが、対象となりますか。

A：岐阜県以外の都道府県が指定した医療機関で治療を受けた場合も対象となります。

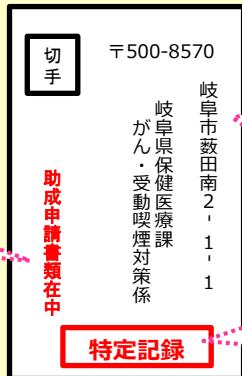
当該医療機関が指定医療機関であるかは、所在地の都道府県にご確認ください。

提出方法

(1) 提出先等

申請書と添付書類を封入のうえ
提出してください

「助成申請書類在中」と
記入してください



郵送先
〒500-8570
岐阜市薮田南2-1-1

岐阜県保健医療課
がん・受動喫煙対策係あて

簡易書留などの記録が
残る郵送方法としてください

(2) 申請できる期間は、生殖機能温存治療に係る支払日の属する年度の末日までです。

(例) 支払日 令和5年4月 1日 → 申請書提出期限 令和6年3月31日

支払日 令和6年3月13日 → 申請書提出期限 令和6年3月31日

※やむを得ない事情により当該年度内に申請することが困難である場合は、翌年度に申請することができます。

相談先

● 生殖機能温存治療に係る相談

指定医療機関にご相談ください！

生殖機能温存治療の実施有無について悩まれている場合は、

意思決定支援を行っている岐阜大学医学部附属病院に相談することをおすすめします。

● 助成制度について詳しく知りたい場合

岐阜県健康福祉部保健医療課にご相談ください！

がん・受動喫煙対策係

電話番号：058-272-8172

岐阜県 生殖機能温存治療 助成

検索



◆ 詳細は県公式
ホームページ
からもご確認
いただけます。

生殖機能温存治療を実施せず 意思決定支援に係る助成申請のみをする場合

意思決定支援を受けたが、生殖機能温存治療を実施されなかつた方を対象に、

意思決定支援費用に係る助成を行っています。詳しくは、県公式ホームページなどをご確認ください。

助成上限額は5,000円です。

※意思決定支援に係る助成は通算1回までとなります。

※文書料等の意思決定支援に直接関係のない費用は対象外となります。