

温存後生殖補助医療にかかる治療費等の助成が受けられます

岐阜県では小児・思春期・若年のがん患者さん等が、生殖機能温存治療により凍結した検体を用いて県が指定した病院で生殖補助医療を実施した際に要した費用の一部を助成します。



温存後生殖補助医療とは

がん治療等に際して、生殖機能温存治療により凍結した精子や卵子等を用いて行う、妊娠のための治療をいいます。

※生殖機能温存治療に係る助成を受ける方は「生殖機能温存治療に係る助成のご案内」をご確認ください。

対象となる方

以下の要件をすべてを満たしている夫婦（事実婚を含みます）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)治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満である方
- (3)夫婦のいずれかが、生殖機能温存治療の対象要件を満たし、治療を受けた後に、指定医療機関において対象となる温存後生殖補助医療を受けた方
- (4)助成の対象とな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原疾患担当医師及び指定医療機関の生殖医療を専門とする医師に診断され、かつ、生命予後に与える影響が許容されると認められる方
- (5)温存後生殖補助医療に係る治療を同じくして他の法令等の規定により助成金の交付を受けていない方
- (6)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。



別記第6号様式（第13条関係）（温存後生殖補助医療を受けた方用） 岐阜県がん患者生産機能温存治療費等助成事業による温存後生殖補助医療費用助成金交付申請書 (小児・A型・B型のがん患者等の生存温存治療研究事業)			
岐阜県知事 標			
申請者	ふりがな	姓ふ	はなこ
	生年 月日	昭和年 〇月 〇日生	(○)歳
	氏名	岐阜 花子	
	性別	女	
住所	〒000-0000 岐阜県岐阜市xxx〇-〇-〇		
電話番号	(000) 000-0000 ※必ず通話が取れる通話を記入してください。		
患者アブリ番号（はがく 番號） ※記載できな場合は下欄に記入して下さい		000000000000	
患者アブリ番号を記載でき ない場合は			
夫 (申請者と同 じでない場合は 入力不要)	ふりがな	姓ふ	たろう
	生年月日	昭和年 〇月 〇日生 (○)歳	
	氏名	岐阜 太郎	
妻 (申請者と同 じでない場合は 入力不要)	ふりがな	姓ふ	
	生年月日	年 月 日生 (○)歳	
	氏名		
温存後生殖補助医療を受けた医療機関名		(XXXXXX) 病院 (XX)科	
過去に生殖機能温存治療費等助成事業（生殖補助医療分）の助成を受けたことがありますか？			
<input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある 一過去()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()			
次の事項について同意し、申請します。（同意いただけない場合は、本助成を受けない） ①本事業の運営を理解し、「小児・A型・B型のがん患者等の生存温存治療に関する研究事業」（以下「研究事業」といいます）の実施を了承する。 ②本事業の運営を理解し、「小児・A型・B型のがん患者等の生存温存治療に関する研究事業」（以下「研究事業」といいます）に協力すること（原則として、生検可能な年齢を超える、又は検体収集中止がある場合、本事業の助成状況について、他の都道府県等へ調査及び提供すること）。			
申請額 令和〇年〇月〇日		助成決定金額　非記入不要 円	
申請者氏名（自署）：岐阜 太郎		支店名	本店
署名 捺印	フリガナ ギフ ハナコ 口座名義 岐阜 花子 口座種別 普通		

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

**配偶者の方のお名前、生年月日を
記入してください**

**初めて申請される方は
「ない」を〇で囲んでください**
**2回目以降の方は、
過去の助成回数と助成を受けた都道府
県名をご記入ください**

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	助成上限額/1回	助成対象者1人当たりの助成回数
凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療	10万円	
凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療	25万円※1	
凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療	30万円※1~4	
凍結した精子を用いた生殖補助医療	30万円※1~4	

※1 以前に凍結した胚を解凍して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

※5 助成を受けた後、出産した場合は、住民票と戸籍謄本等で出生に至った事実を確認した上で、これまで受けた助成回数をリセットすることとする。また、妊娠12週以降に死産に至った場合は、死産届の写し等により確認した上で、これまで受けた助成回数をリセットすることとする。

(例) 凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療を行った場合

・支払額：150,000円 ⇒ 申請額：100,000円

・支払額：70,000円 ⇒ 申請額：70,000円

申請に必要な書類

□交付申請書（温存後生殖補助医療申請用）

□温存後生殖補助医療実施証明書

※温存後生殖補助医療を受けた病院で作成して
もらってください。

法律婚の場合：両人の戸籍謄本
事実婚の場合：a～cの書類
(全て)

- 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2-2）

□夫婦であることを証明できる書類（両人の戸籍謄本等）

□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。

□領収書・診療明細書（写し可）

※温存後生殖補助医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）

□温存後生殖補助医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。

□原疾患治療実施証明書

※過去に岐阜県がん患者生殖機能温存治療費等助成金交付申請をされた方は提出不要

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。

医療機関名	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丁目19番地	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：申請書の『患者アプリ番号』とは何ですか。

A：日本がん・生殖医療登録システム（JOFR）の専用アプリ『JOFR 連携患者アプリ（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温存後生殖補助医療を受けましたが、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。

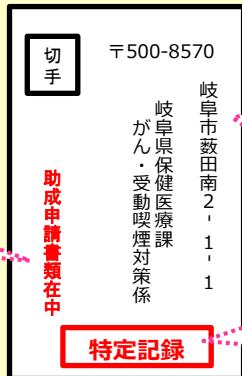


提出方法

(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

相談先

- 温存後生殖補助医療に係る相談
[指定医療機関にご相談ください！](#)
- 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 温存後生殖補助医療 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。