

生殖機能温存にかかる 意思決定支援費用の助成が 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。



意思決定支援とは



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。

その治療を行う前に、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意思決定支援といいます。

正しい情報を得ることで、生殖機能温存治療を行うか否かの判断が適切に行えます。

意思決定支援の結果、
「生殖機能温存治療を受けない」とした方を対象に助成を行います。

※生殖機能温存治療を受ける方は「生殖機能温存治療に係る助成申請をする場合」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)意思決定支援実施時点で岐阜県内に住所を有している方
- (2)意思決定支援実施日における年齢が43歳未満の方
- (3)令和3年4月1日以降に意思決定支援施設において、意思決定支援を受けた結果、生殖機能温存治療を受けるに至らなかった方
- (4)意思決定支援について、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

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4号様式（第12条関係）（意思決定支援の実施した方用）
岐阜県がん患者生活機能維持治療費等助成事業に係る意思決定支援費用助成金交付申請書
岐阜県知事様

申請者 <small>（未成年の場合は、保護者）</small>	ふりがな	さふ たろう		意思決定支援を受けた者との関係		
	氏名	岐阜 太郎		本人		
	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日生（ ）歳	性別	男		
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 岐阜県岐阜市××〇-〇-〇				
	電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇				
意思決定支援を受けた者 <small>（申請者と同一の場合は、記入不要）</small>	ふりがな					
	氏名					
	生年月日	年 月 日生（ ）歳	性別			
	住所	—				
	電話番号	() —				
意思決定支援費用の申請回数		1回目 <small>※2回目以降は対象外</small>				
意思決定支援を受けた日		年 月 日				
意思決定支援を受けた医療機関名		医療機関名（ 医 師 名（ ）				
がん治療を受けた医療機関名		医療機関名（ 診 療 科（ ）				
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、本助成を受けることができません。）						
・生活機能維持治療について十分な説明を受け、理解した上で意思決定支援を受けたので、関係書類を添えて申請します。						
・必要に応じ、岐阜県が意思決定支援を受けた医療機関に協賛することについて同意します。						
申請額		5, 000円				
令和〇年 〇月 〇日						
申請者氏名（自署）		岐阜 太郎		助成決定金額 ※記入不要		
フリガナ		ギフ タロウ		円		
振込先	口座名義	岐阜 太郎	金融機関名	××銀行	支店名	×× 本店
	口座種別	普通 当座	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇		

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

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

これまで意思決定支援の助成を
受けたことがある方は対象となりません

助成上限額は5, 000円です

（例1）支払額：10, 000円
申請額：5, 000円

（例2）支払額：2, 000円
申請額：2, 000円

申請に必要な書類

☐ 交付申請書（意思決定支援申請用）

☐ 意思決定支援実施証明書

※意思決定支援を受けた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、意思決定支援実施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）

※意思決定支援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）

助成金額

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。

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

切手	〒500-8570
岐阜県保健医療課 がん・受動喫煙対策係	岐阜市藪田南2-1-1
助成申請書類在中	
特定記録	

郵送先

〒500-8570
岐阜市藪田南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、意思決定支援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4年4月 1日 → 申請書提出期限 令和5年3月31日

支払日 令和5年3月13日 → 申請書提出期限 令和5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。

よくある質問

Q：生殖機能温存治療の交付申請と同時に申請できますか？

A：できません。

意思決定支援の結果、生殖機能温存治療を実施しない方が対象となります。

Q：意思決定支援に係る助成を受けた後、心変わりして生殖機能温存治療を実施した場合、
生殖機能温存治療に係る助成を受けることはできますか？

A：できません。

生殖機能温存治療を実施しないことをもって意思決定支援に係る助成を行うためです。

ご家族と相談するなどし、意思の決定をしてから申請してください。

なお、がんの再発等により別途必要となった場合は県にご相談ください。



相談先

●意思決定支援に係る相談

岐阜大学医学部附属病院

松波総合病院

にご相談ください！

県内で意思決定支援を行っている医療機関になります。

県外で意思決定支援を行っている医療機関については、各都道府県にご確認ください。

●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



◀詳細は県公式ホームページからご確認ください。

岐阜県 生殖機能温存治療 助成

検索

生殖機能温存治療に係る助成申請をする場合

県が指定した医療機関で生殖機能温存治療を受けられた方を対象に、治療費の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。

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

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。 （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して医療機関の生殖凍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
未受精卵子の凍結	20万円	
卵巣組織の凍結（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	

※生殖機能温存治療に係る助成は通算2回まで