

横須賀市若年がん患者等妊孕性温存治療に関する助成事業実施要綱<sup>にんようせい</sup>

令和7年4月1日

(目的)

第1条 この要綱は、将来子どもを産み育てることを望む小児、思春期及び若年のがん患者等に対して、妊孕性温存治療に関する意思決定支援（カウンセリング）又は妊孕性温存治療で凍結した検体の保存更新に要する費用を助成することにより、将来に希望を持ってがん治療等に取り組めるよう支援することを目的とする。

2 横須賀市若年がん患者等妊孕性温存治療に関する助成事業については、補助金等交付規則（昭和47年横須賀市規則第33号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、この要綱の定めるところによる。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

(1) 妊孕性温存治療

生殖機能が低下し、又は失われるおそれのあるがん治療等に際して、精子、卵子若しくは卵巢組織を採取し、これを凍結保存するまでの一連の医療行為又は卵子を採取し、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をいう。

(2) 検体

人体から排出又は採取された精子、卵子、胚（受精卵）及び卵巢組織のことをいう。

(3) 意思決定支援（カウンセリング）

第3条第1項第4号に定める原疾患の治療、年齢、配偶者の有無等を考慮し、生殖医療を専門とする医師等による適切な妊孕性温存治療に関する情報提供を含む当該治療に係る意思決定のためのカウンセリングをいう。

(4) 国の要綱

令和3年3月23日健発0323第6号厚生労働省健康局長通知の別紙「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実施要綱」をいう。

(5) 妊孕性温存治療実施日

検体の凍結保存を行った日をいう。

(6) 指定医療機関

都道府県が国の要綱に基づき妊孕性温存療法実施医療機関（検体保存機関）として、指定した医療機関をいう。

(7) 夫婦

法律婚又は事実婚（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。）の関係にある者をいう。

(対象者)

第3条 意思決定支援(カウンセリング)に要する費用の助成金を受けることができる者は、次に掲げる要件を全て満たす者とする。

- (1) 申請時に本市の住民基本台帳に記載されている者
- (2) 初回の意思決定支援(カウンセリング)実施日における年齢が43歳未満の者
- (3) 指定医療機関で妊孕性温存治療の実施に関する意思決定支援(カウンセリング)を受けたうえで、妊孕性温存治療を実施しない者
- (4) 次のいずれかに当てはまる原疾患の治療を受ける者又は受けた者
  - ア 「小児・AYA世代がん患者等の妊孕性温存に関する診療ガイドライン」に定める妊孕性低下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
  - イ 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
  - ウ 造血幹細胞移植が実施される非がん疾患：再生不良性貧血等
  - エ 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等
- (5) 市税の滞納がない者
- (6) 横須賀市暴力団排除条例(平成24年横須賀市条例第6号)第2条第3号に規定する暴力団員及び同条第4号に規定する暴力団員等でない者

2 検体の凍結保存の継続に要する費用の助成金を受けることができる者は、次に掲げる要件を全て満たす者とする。ただし、胚(受精卵)の凍結保存の継続に係る治療の場合は、夫婦のうち妻である者が妊孕性温存治療を受けるときに限り対象とする。

- (1) 申請時に横須賀市の住民基本台帳に記載されている者
- (2) 凍結保存の継続に要する費用の支払日における年齢が43歳未満の者
- (3) 国の要綱に基づく都道府県の妊孕性温存治療の助成を受けた者
- (4) 市税の滞納がない者
- (5) 横須賀市暴力団排除条例(平成24年横須賀市条例第6号)第2条第3号に規定する暴力団員及び同条第4号に規定する暴力団員等でない者

(助成対象費用)

第4条 助成の対象となる費用は、次の各号に定めるものとする。ただし、当該費用のうち、医療保険の適用又は都道府県等の助成を受けたものにあつては、対象外とする。

- (1) 意思決定支援(カウンセリング)に要する費用の助成金の対象となる費用
  - ア 指定医療機関における妊孕性温存治療の実施に関する意思決定支援(カウンセリング)の費用
  - イ 意思決定支援(カウンセリング)実施医療機関証明書(第1号様式)の作成に要する費用
- (2) 検体の凍結保存の継続に要する費用の助成金の対象となる費用
  - ア 国の要綱に基づく都道府県の妊孕性温存治療の助成を受けて凍結保存した検体の凍結継続に係る費用
  - イ 妊孕性温存治療実施日証明書(第2号様式)の作成に要する費用

## ウ 凍結保管機関保存継続証明書（複数年保存用）（第3号様式）の作成に要する費用

### （助成金の交付）

第5条 助成金の額は、予算の範囲において、助成対象費用に10分の7を乗じて得た額（10円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てた額とする。）又は助成上限額のいずれか低い金額とする。助成上限額については、別表のとおりとする。

- 2 意思決定支援（カウンセリング）に要する費用の助成金の交付は、対象者1人につき1回までとする。
- 3 検体の凍結保存の継続に要する費用の助成年数は、凍結保存の継続に要する費用を初めて支払った日の属する年から起算して5年とする。ただし、当該期間にかかわらず、43歳に達する日の属する年を限度とする。この場合において、他自治体から凍結保存の継続に要する費用の助成を受けていた場合は、当該他自治体から助成を受けていた年数を本市の助成年数に含めることとする。
- 4 複数の検体の凍結保存の継続に関し、都道府県の妊孕性温存治療の助成を受けた場合は、それぞれ申請することができるものとし、それぞれ検体の凍結保存の継続に要する費用を初めて支払った日における年齢を基準として助成年数を換算する。この場合において、他自治体の凍結保存の継続に関する助成を受けていた場合は、他自治体から受けた助成を回数に含めるものとする。

### （交付の申請）

第6条 助成金の交付の申請を行おうとする者（以下「申請者」という。）は、横須賀市若年がん患者等妊孕性温存治療に関する助成申請書（第4号様式）に次に掲げる関係書類を付して市長に提出するものとする。

#### （1）意思決定支援（カウンセリング）に要する費用の申請

ア 意思決定支援（カウンセリング）実施医療機関証明書（第1号様式）

#### （2）凍結保存の継続に要する費用の申請

ア 国の規定に基づく都道府県の妊孕性温存治療の助成事業による助成金額決定通知書  
なお、前年度に交付決定を受けた費用の申請の場合は省略することができる。

#### （3）複数年分の凍結保存の継続に要する費用を一括で支払った場合の申請

同条同項第2号に記載する書類に加えて、

ア 凍結保管機関保存継続証明書（複数年保存用）（第3号様式）

#### （4）その他市長が必要と認める書類

- 2 2年目以降に、凍結保存の継続に要する費用の助成金の交付申請を行う場合は、前項各号に掲げる書類を添えて、横須賀市若年がん患者等妊孕性温存治療に関する助成申請書（凍結保存更新2年目以降）（第5号様式）により行うものとする。
- 3 対象者が未成年の場合にあっては、前2項の申請及び助成金の受領の手続は、保護者等の法定代理人が行うものとする。

### （申請期限）

第7条 申請者は、前条による申請を次の各号の区分に応じ、当該各号に定める期限内に行うものとする。

(1) 意思決定支援（カウンセリング）に要する費用の申請

特段の事由がない限り、意思決定支援（カウンセリング）終了日の翌日から起算して1年以内

(2) 凍結保存の継続に要する費用の申請

支払日の翌日から起算して1年以内

（交付決定）

第8条 市長は、前条の申請があった場合は、その内容を審査の上、交付の可否を決定し、交付するときは横須賀市若年がん患者等妊孕性温存治療に関する助成金交付決定通知書（第6号様式）により、交付しないときは、横須賀市若年がん患者等妊孕性温存治療に関する助成金不交付決定通知書（第7号様式）により、申請者に通知するものとする。

（助成対象者の資格確認）

第9条 市長は、必要に応じ、申請者（未成年に係る申請の場合は、対象者）が第3条第1項第6号及び第3条第2項第5号に該当するか否かを、神奈川県警察本部長に対して確認することができる。

（交付決定の取消し）

第10条 市長は、申請者（未成年に係る申請の場合は、対象者）が、第3条第1項第6号及び第3条第2項第5号に該当しないときは、交付決定の全部または一部を取り消すことができる。

（実績報告）

第11条 規則第10条に規定する実績報告書は、第8号様式とする。

2 規則第10条に規定する市長の定める書類は、次のとおりとする。

(1) 意思決定支援（カウンセリング）に要する費用の助成金

ア 指定医療機関が発行した、意思決定支援（カウンセリング）実施医療機関証明書（第1号様式）に関わる文書作成料の費用の額がわかる領収書等の書類

イ 指定医療機関が発行した、意思決定支援（カウンセリング）に要する費用の額がわかる領収書及び診療明細書等の書類

(2) 凍結保存の継続に要する費用の助成金

ア 指定医療機関が発行した、妊孕性温存治療実施日が確認できる領収書や診療明細書等の書類（妊孕性温存治療実施日が確認できる書類を紛失した場合は、妊孕性温存治療実施日証明書（第2号様式）及び指定医療機関が発行した当該証明書に関わる文書作成料の費用の額がわかる領収書等の書類）。ただし、前年度以前にすでに交付決定を受けたものにあつては、省略することができる。

イ 指定医療機関が発行した、凍結保存の継続に要する費用の額がわかる領収書及び診療明細書等の書類

(3) 複数年分の凍結保存の継続に要する費用を一括で支払った場合の助成金

ア 指定医療機関が発行した、第3号様式に関わる文書作成料の費用の額がわかる領収書等の書類

(4) その他市長が必要と認める書類

(助成金の請求)

第12条 申請者は、第8条に規定する助成金の交付決定を受けたときは、速やかに請求書(第9号様式)を市長に提出しなければならない。

(助成金の支払)

第13条 市長は、前条に規定する請求を受けたときは、申請者が指定する金融機関口座に口座振替の方法により助成金を支払うものとする。

(委任)

第14条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から適用する。

別表 （第5条第1項関係）

| 対象となる費用                                                          | 助成上限額<br>＜単年度＞ |
|------------------------------------------------------------------|----------------|
| 治療を開始しなかった患者の意思決定支援（カウンセリング、第1号様式に関わる文書作成料）に要する費用 ※1             | 1万円            |
| 検体のうち、卵子、胚（受精卵）、卵巣組織の凍結保存の継続に要する費用（第2号様式、第3号様式に関わる文書作成料含む） ※1 ※2 | 3万円/年          |
| 検体のうち、精子の凍結保存の継続に要する費用（第2号様式、第3号様式に関わる文書作成料含む） ※1                | 1万5千円/年        |

- ※1 意思決定支援（カウンセリング）や凍結保存の継続に要する費用として、初診料や外来診察料等も含む。
- ※2 凍結保存している検体の個数に応じて異なる料金を設定している病院で凍結保存の継続を行っている場合、同一の妊孕性温存治療において凍結保管した全ての検体を対象経費とする。

第1号様式（第4条、第6条第1項関係）（意思決定支援実施医療機関において記載）

意思決定支援（カウンセリング）実施医療機関証明書

以下のとおり、がん治療等により生殖機能が低下する又は失う可能性があるとして診断された者に対し、妊孕性温存治療の実施に関する意思決定支援（カウンセリング）を実施し、妊孕性温存治療を受けないことを確認したことを証明します。

医療機関記入欄（意思決定支援（カウンセリング）を実施した医師が御記入ください。）

|                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                                                                                               |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 対象者                                                                                        | ふりがな                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                              | 性別                                                                                            | 男 ・ 女 |
|                                                                                            | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |                                                                                               |       |
|                                                                                            | 生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 年 月 日(意思決定支援実施日(※1)における年齢 歳) |                                                                                               |       |
| 内容                                                                                         | 都道府県が厚生労働省の「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実施要綱」の規定に基づき指定した医療機関における、意思決定のための支援                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                              |                                                                                               |       |
|                                                                                            | 意思決定支援(カウンセリング)の結果、妊孕性温存治療について<br><input type="checkbox"/> 受けないことを確認した。<br>（受けないことを確認し、 <input type="checkbox"/> にチェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。）<br>意思決定支援(カウンセリング)についての<br>原疾患の治療医の同意 <input type="checkbox"/><br>（ 原疾患の治療医から紹介があり意思決定支援(カウンセリング)を実施した場合は<br><input type="checkbox"/> にチェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 ）<br>原疾患治療医療機関名 _____<br>原疾患治療主治医名 _____<br>（紹介元の医療機関名・主治医名をご記入ください。） |                              | 意思決定支援（カウンセリング）実施日<br>（ 複数日にわたって実施した<br>場合は、すべての日付を記載 ）<br>初回 年 月 日<br>2回目 年 月 日<br>3回目 年 月 日 |       |
| 証明書記入日 年 月 日<br><br>医療機関名 _____<br><br>住所 _____<br><br>意思決定支援(カウンセリング)主治医氏名 _____<br>（※自署） |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                                                                                               |       |

※1 意思決定支援（カウンセリング）の初診日において43歳未満の方が対象です。

## 妊孕性温存治療実施日証明書

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

|                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                 |    |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|
| 対象者                                                                                                                                                              | ふりがな |                                                                                                 | 性別 | 男 ・ 女 |
|                                                                                                                                                                  | 氏名   |                                                                                                 |    |       |
|                                                                                                                                                                  | 生年月日 | 年                  月                  日    (                  歳)                                |    |       |
| 凍結保存した組織等<br>(該当の番号に○をつけてください)                                                                                                                                   |      | 1 精子<br>2 未受精卵子<br>3 胚（受精卵）<br>4 卵巣組織                                                           |    |       |
| 妊孕性温存治療実施日（※1）<br>(複数日にわたって凍結した場合は、( ) 内に実施開始日～終了日と記載。上記1～4それぞれを凍結した場合は、それぞれ記載してください。)                                                                           |      | 年                  月                  日<br>(                                                  ) |    |       |
| <div style="text-align: right;">証明書記入日                  年                  月                  日</div><br>医療機関名 _____<br><br>住所 _____<br><br>主治医氏名 _____<br>(※自署) |      |                                                                                                 |    |       |

※1 精子、未受精卵子、胚（受精卵）又は卵巣組織の凍結保存を行った日をいう。



凍結保管機関保存継続証明書（複数年保存用）

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

|     |      |   |    |       |
|-----|------|---|----|-------|
| 対象者 | ふりがな |   | 性別 | 男 ・ 女 |
|     | 氏名   |   |    |       |
|     | 生年月日 | 年 | 月  | 日     |

|                                  |                                       |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| 凍結保存した組織等<br>(いずれかの番号に○をつけてください) | 1 精子<br>2 未受精卵子<br>3 胚（受精卵）<br>4 卵巣組織 |
|----------------------------------|---------------------------------------|

|                                                                                            |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 妊孕性温存治療実施日（※1）<br>(複数日にわたって凍結した場合は、( ) 内に実施開始日～終了日と記載。<br>上記1～4それぞれを凍結した場合は、それぞれ記載してください。) | 年 月 日<br>( ) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|

|                             |                  |
|-----------------------------|------------------|
| 凍結保存期間<br>(凍結保存開始日～凍結保存終了日) | 年 月 日<br>～ 年 月 日 |
|-----------------------------|------------------|

証明書記入日 年 月 日

上記のとおり、横須賀市がん患者等妊孕性温存治療に関する助成要綱第3条第2項に定める助成対象者に対し行われた、妊孕性温存治療実施医療機関の指導に基づく妊孕性温存治療により凍結した精子、卵子、胚（受精卵）又は卵巣組織について、

| 証明欄 | 更新年数               | 保存期間（令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日） |
|-----|--------------------|---------------------------|
| ○   | 保存更新1回目<br>(保存2年目) |                           |
|     | 保存更新2回目<br>(保存3年目) |                           |
|     | 保存更新3回目<br>(保存4年目) |                           |
|     | 保存更新4回目<br>(保存5年目) |                           |
|     | 保存更新5回目<br>(保存6年目) |                           |

凍結保存の継続期間のうち、○をつけている期間の保存更新を行ったことを証明します。

医療機関名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

主治医氏名 \_\_\_\_\_  
(※自署)

※1 精子、未受精卵子、胚（受精卵）又は卵巣組織の凍結保存を行った日をいう。

第 4 号様式（第 6 条第 1 項関係）

横須賀市若年がん患者等妊孕性温存治療に関する助成申請書

横須賀市長  
次のとおり申請します。

年 月 日

|                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                               |                                                                 |                                                              |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----|
| 申請者<br><br>(助成対象者が未成年の場合は保護者等法定代理人)                                                                                                                                                             | ふりがな                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                               |                                                                 | 助成対象者との関係                                                    |     |
|                                                                                                                                                                                                 | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ※押印は不要                                        |                                                                 |                                                              |     |
|                                                                                                                                                                                                 | 生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 年 月 日生<br>(意思決定支援(カウンセリング) 又は妊孕性温存治療実施日の年齢 歳) |                                                                 |                                                              |     |
|                                                                                                                                                                                                 | 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 〒 -                                           |                                                                 |                                                              |     |
|                                                                                                                                                                                                 | 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                            | — —                                           |                                                                 | 性別                                                           | 男・女 |
| 助成対象者<br><br>(申請者が保護者等法定代理人の場合のみ記入)                                                                                                                                                             | ふりがな                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                               |                                                                 | 性別                                                           | 男・女 |
|                                                                                                                                                                                                 | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                 |                                                              |     |
|                                                                                                                                                                                                 | 生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 年 月 日生<br>(意思決定支援(カウンセリング) 又は妊孕性温存治療実施日の年齢 歳) |                                                                 |                                                              |     |
|                                                                                                                                                                                                 | 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 〒 -                                           |                                                                 |                                                              |     |
| 対象となる原疾患                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 造血幹細胞移植が実施される非がん疾患<br><input type="checkbox"/> アルキル化剤が投与される非がん疾患                                                                                                                                                                           |                                               |                                                                 |                                                              |     |
| 本事業の対象となる費用について<br>(該当する費用に☑)                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 治療を開始しなかった場合の意思決定支援 (カウンセリング) に要する費用<br><input type="checkbox"/> 凍結保存の継続に要する費用 ( 回目 年目)                                                                                                                                                                                |                                               |                                                                 |                                                              |     |
| 助成金申請金額                                                                                                                                                                                         | 円 (10円未満端数切り捨て)                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                               |                                                                 |                                                              |     |
| 凍結保存の継続をする検体 (凍結保存の継続の場合)                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                               | <input type="checkbox"/> 卵子<br><input type="checkbox"/> 胚 (受精卵) | <input type="checkbox"/> 卵巢組織<br><input type="checkbox"/> 精子 |     |
| 神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業又は他の都道府県の妊孕性温存治療費助成を受けていますか。(凍結保存の継続の場合)                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                               | はい ・ いいえ                                                        |                                                              |     |
| 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ますか。                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                               | はい ・ いいえ                                                        |                                                              |     |
| 添付書類                                                                                                                                                                                            | (1)意思決定支援 (カウンセリング) に要する費用の申請<br><input type="checkbox"/> 意思決定支援 (カウンセリング) 実施医療機関証明書 (第 1 号様式)<br><br>(2)凍結保存の継続に要する費用の申請<br><input type="checkbox"/> 国の規定に基づく都道府県の妊孕性温存治療の助成事業による助成金額決定通知書<br><br>(3)複数年分の凍結保存の継続に要する費用を一括で支払った場合<br><input type="checkbox"/> 凍結保管機関保存継続証明書 (複数年保存用) (第 3 号様式) |                                               |                                                                 |                                                              |     |
| 同意事項(同意いただけない場合、本助成を受けることはできません)<br>申請内容について確認が必要な場合、意思決定支援 (カウンセリング) を実施した医療機関又は検体の凍結保管機関、妊孕性温存治療の助成を受けた都道府県に内容を照会することについて同意します。<br>横須賀市暴力団排除条例第10条に基づき、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部長に照会することについて同意します。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                               |                                                                 |                                                              |     |
| 氏名 _____                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                               |                                                                 |                                                              |     |

第 5 号様式（第 6 条第 2 項関係）

横須賀市若年がん患者等妊孕性温存治療に関する助成申請書（凍結保存更新 2 年目以降）

横須賀市長  
次のとおり申請します。

|                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                              |                                                 |  |                                                                 |          |                                                              |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------|-----|
|                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                              | 年                                               |  | 月                                                               |          | 日                                                            |     |
| 申請者<br><br>(助成対象者が未成年の場合は保護者等法定代理人)                                                                                                                                                                                  | ふりがな                                                                                         |                                                 |  |                                                                 |          | 助成対象者との関係                                                    |     |
|                                                                                                                                                                                                                      | 氏名                                                                                           | ※押印は不要                                          |  |                                                                 |          |                                                              |     |
|                                                                                                                                                                                                                      | 生年月日                                                                                         | 年 月 日生<br>(妊孕性温存治療実施日の年齢 歳)                     |  |                                                                 |          |                                                              |     |
|                                                                                                                                                                                                                      | 住所                                                                                           | 〒 -                                             |  |                                                                 |          |                                                              |     |
|                                                                                                                                                                                                                      | 電話番号                                                                                         | — —                                             |  |                                                                 | 性別       | 男・女                                                          |     |
| 助成対象者<br><br>(申請者が保護者等法定代理人の場合のみ記入)                                                                                                                                                                                  | ふりがな                                                                                         |                                                 |  |                                                                 |          |                                                              |     |
|                                                                                                                                                                                                                      | 氏名                                                                                           |                                                 |  |                                                                 |          | 性別                                                           | 男・女 |
|                                                                                                                                                                                                                      | 生年月日                                                                                         | 年 月 日生<br>(妊孕性温存治療実施日の年齢 歳)                     |  |                                                                 |          |                                                              |     |
|                                                                                                                                                                                                                      | 住所                                                                                           | 〒 -                                             |  |                                                                 |          |                                                              |     |
| 本事業の対象となる費用について<br>( 回目 年目を記入)                                                                                                                                                                                       |                                                                                              | <input type="checkbox"/> 凍結保存の継続に要する費用 ( 回目 年目) |  |                                                                 |          |                                                              |     |
| 助成金申請金額                                                                                                                                                                                                              |                                                                                              | 円 (10円未満端数切り捨て。)                                |  |                                                                 |          |                                                              |     |
| 凍結保存の継続をする検体                                                                                                                                                                                                         |                                                                                              |                                                 |  | <input type="checkbox"/> 卵子<br><input type="checkbox"/> 胚 (受精卵) |          | <input type="checkbox"/> 卵巣組織<br><input type="checkbox"/> 精子 |     |
| 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ますか。                                                                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                 |  |                                                                 | はい ・ いいえ |                                                              |     |
| 添付書類                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 国の規定に基づく都道府県の妊孕性温存治療の助成事業による助成金額決定通知書<br>※前年度に交付決定を受けた費用の申請の場合は省略可能 |                                                 |  |                                                                 |          |                                                              |     |
| 同意事項(同意いただけない場合、本助成を受けることはできません)<br>申請内容について確認が必要な場合、意思決定支援 (カウンセリング) を実施した医療機関又は検体の凍結保管機関、妊孕性温存治療の助成を受けた都道府県に内容を照会することについて同意します。<br>横須賀市暴力団排除条例第10条に基づき、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部長に照会することについて同意します。<br><br><div>氏名</div> |                                                                                              |                                                 |  |                                                                 |          |                                                              |     |

第 6 号様式（第 8 条関係）

横須賀市若年がん患者等妊孕性温存治療に関する助成金交付決定通知書

|                                                                                                                                                                                                                                           |                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <div>年      月      日</div> <div>申請者      住所<br/>                 氏名</div> <div>横須賀市長 <span>印</span></div> <div>年      月      日付けで申請のあった横須賀市若年がん患者等妊孕性温存治療に関する助成金の交付については、次のとおり決定したので、横須賀市若年がん患者等妊孕性温存治療に関する助成事業実施要綱第 8 条の規定により通知する。</div> |                                                   |
| 補助金等の名称                                                                                                                                                                                                                                   | 意思決定支援（カウンセリング）に要する費用の助成金<br>検体の凍結保存の継続に要する費用の助成金 |
| 補助事業等の名称                                                                                                                                                                                                                                  | 横須賀市若年がん患者等妊孕性温存治療に関する助成事業                        |
| 交付金額                                                                                                                                                                                                                                      |                                                   |
| 交付条件                                                                                                                                                                                                                                      |                                                   |

第 7 号様式(第 8 条関係)

横須賀市若年がん患者等妊孕性温存治療に関する助成金不交付決定通知書

年 月 日

住所  
氏名

横須賀市長 印

年 月 日付けで申請のあった意思決定支援（カウンセリング）に要する費用 ・ 凍結保存の継続に要する費用 の助成については、次の理由のとおり交付しないことを決定したので、横須賀市若年がん患者等妊孕性温存治療に関する助成事業実施要綱第 8 条の規定により通知する。

理 由 :

第 8 号様式(第 11 条第 1 項関係)

実 績 報 告 書

|                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: right;">.....年 月 日</p> <p>(あて先)横須賀市長</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住所 横須賀市.....</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">フリガナ</p> <p style="text-align: center;">氏名.....</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 補助事業等の名称                                                                                                                                                                                                                                                                      | 横須賀市若年がん患者等妊孕性温存治療に関する助成事業<br><small>にんようせい</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 交 付 決 定 額                                                                                                                                                                                                                                                                     | 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 精 算 額                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 補助事業等完了年月日                                                                                                                                                                                                                                                                    | .....年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 精算に係る収支明細                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 添 付 書 類                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>(1)意思決定支援（カウンセリング）に要する費用の申請</p> <p><input type="checkbox"/>指定医療機関が発行した意思決定支援（カウンセリング）実施医療機関証明書（第 1 号様式）に関わる文書作成料の費用の額がわかる領収書等の書類</p> <p><input type="checkbox"/>指定医療機関が発行した、意思決定支援(カウンセリング)に要する費用の額がわかる領収書及び診療明細書等の書類</p> <p>(2)凍結保存の継続に要する費用の申請</p> <p><input type="checkbox"/>指定医療機関が発行した、妊孕性温存治療実施日が確認できる領収書や診療明細書等の書類</p> <p><input type="checkbox"/>指定医療機関が発行した、凍結保存の継続に要する費用の額がわかる領収書及び診療明細書等の書類</p> |
| (事務処理欄)                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

請 求 書

金.....円

横須賀市若年がん患者等妊孕性温存治療に関する助成金として  
上記のとおり請求します。

.....年 月 日

〒  
住所 横須賀市.....  
フリガナ  
氏名.....

申請者

(あて先)横須賀市長

上記の支払金は、下記口座へ振込んでください。

| 振 込 先 金 融 機 関        |  |            |  |                   |  |  |  |
|----------------------|--|------------|--|-------------------|--|--|--|
| 銀 行・信用金庫<br>信用組合・農 協 |  |            |  | 本 店<br>支 店<br>支 所 |  |  |  |
| 預金の種類(該当に○)          |  | 口座番号 (右づめ) |  |                   |  |  |  |
| 1 普 通 預 金            |  |            |  |                   |  |  |  |
| 2 当 座 預 金            |  |            |  |                   |  |  |  |
| フリガナ                 |  |            |  |                   |  |  |  |
| 口座名義 (通帳名)           |  |            |  |                   |  |  |  |