



7 健対第 1 2 9 9 号
令和 7 年 9 月 2 9 日

一般社団法人京都私立病院 様

京都府健康福祉部健康対策課長
(公 印 省 略)

京都府がん患者等生殖機能温存療法等助成事業実施要綱の一部改正について

平素より京都府の健康福祉行政の推進に御協力いただきありがとうございます。

京都府では、将来子どもを産み育てることを望む小児、思春期・若年がん患者等が、原疾患治療を行う場合に、生殖機能温存療法により生殖機能を温存することで、将来に希望を持って治療に取り組むことができるよう、平成 2 9 年度から「京都府がん患者等生殖機能温存療法等助成事業実施要綱」（以下、「要綱」という。）を制定し、同事業を実施しているところです。

このたび、別紙新旧対照表のとおり要綱の一部を改正しましたので、趣旨を御理解いただくとともに、貴会におかれましても、本事業の周知に御協力いただきますようお願いいたします。

記

- 1 改正の内容
別紙のとおり
- 2 施行日
令和 7 年 1 0 月 1 日

がん対策係 本徳
TEL : 075-414-4739

京都府がん患者等生殖機能温存療法等助成事業実施要綱 新旧対照表

現行	改正	備考
京都府がん患者等生殖機能温存療法等助成事業実施要綱 (通則) 第1条 知事は、将来子どもを産み育てることを望む小児、思春期・若年がん患者等が、原疾患治療開始前に生殖機能温存療法により生殖機能を温存することで、将来に希望を持って治療に取り組むことが出来るよう、生殖機能温存療法及び温存後生殖補助医療に要する費用に対して、補助金等の交付に関する規則（昭和35年京都府規則第23号）及びこの要綱の定めるところにより、予算の範囲内で助成金を交付する。 (定義) 第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、当該各号に定めるところによる。 (1) 生殖機能温存療法 生殖機能が低下する又は生殖機能を失う恐れのある原疾患治療開始前に行う、次に掲げる医療行為をいう。 ア 胚（受精卵）凍結に係る治療 イ 未受精卵凍結に係る治療 ウ 卵巣組織凍結に係る治療（組織の再移植を含む） エ 精子凍結に係る治療 オ 精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療 (2) 温存後生殖補助医療 次に掲げる生殖補助医療をいう。 ア 前号アで凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療 イ 前号イで凍結した未受精卵を用いた生殖補助医療 ウ 前号ウで凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療	京都府がん患者等生殖機能温存療法等助成事業実施要綱 (通則) 第1条 知事は、将来子どもを産み育てることを望む小児・AYA世代のがん患者等が、原疾患治療開始前に生殖機能温存療法により生殖機能を温存することで、将来に希望を持って治療に取り組むことが出来るよう、生殖機能温存療法及び温存後生殖補助医療に要する費用に対して、補助金等の交付に関する規則（昭和35年京都府規則第23号）及びこの要綱の定めるところにより、予算の範囲内で助成金を交付する。 (定義) 第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、当該各号に定めるところによる。 (1) 生殖機能温存療法 生殖機能が低下する又は生殖機能を失う恐れのある原疾患治療開始前に行う、次に掲げる医療行為をいう。 ア 胚（受精卵）凍結に係る治療 イ 未受精卵凍結に係る治療 ウ 卵巣組織凍結に係る治療（組織の再移植を含む。） エ 精子凍結に係る治療 オ 精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療 (2) (略)	記載整備 記載整備

現行	改正	備考
エ 前号エ又はオで凍結した精子を用いた生殖補助医療 ただし、次に掲げる生殖補助医療は含まないものとする。 (ア) 夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供によるもの (イ) 借り腹（夫婦の精子と卵子を使用できるが、子宮摘出等により妻が妊娠できない場合に、夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚を、妻以外の第三者の子宮に注入し、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するものをいう。）によるもの (ウ) 代理母（妻が卵巣と子宮を摘出した場合等、妻の卵子が使用できない、かつ、妻が妊娠できない場合に、夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するものをいう。）によるもの (3) ガイドライン 「小児、思春期・若年がん患者」の妊孕性温存に関する診療ガイドライン」（一般社団法人日本癌治療学会編）をいう。 (4) 医療保険適用外 健康保険法（大正11年法律第70号）、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）その他の法律に基づく医療保険制度による保険給付の対象とならないことをいう。 (5) 生殖機能低下リスク分類 ガイドラインに示された、化学療法及び放射線治療による性腺毒性のリスク分類をいう。 (6) 生殖機能温存療法実施日 精子、卵子、胚（受精卵）若しくは卵巣組織の凍結が完了した日又は卵巣組織の再移植を行った日をいう。	(3) ガイドライン 「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」（一般社団法人日本癌治療学会編）をいう。 (4) （略） (5) （略） (6) （略）	令和7年国 実施要綱に 従って修正

現行	改正	備考
(7) 温存後生殖補助医療の治療期間の初日 温存後生殖補助医療において最初の治療を行った日をいう。 (生殖機能温存療法の助成対象者) 第3条 生殖機能温存療法に係る助成金の交付を受けることができる者は、次の各号に掲げる要件のいずれにも該当するものとする。 (1) 申請日時点において京都府内に住所を有し、生殖機能温存療法実施日における年齢が性別問わず43歳未満の者であること。ただし、第2条第1号のアに係る治療については、原則、治療開始時点で法律婚の関係にある夫婦のうち、女性が生殖機能温存療法対象者である場合とする。(知事が必要と認める場合にあっては、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。))の関係にある者も対象とする。) (2) 原疾患又は原疾患の治療内容が次のいずれかに該当し、生殖医療を専門とする医師及び原疾患担当医師が、生殖機能温存療法に伴う影響について評価を行い、生命予後に与える影響が許容される者であること。ただし、子宮摘出が必要な場合など、本人が妊娠できないことが想定される場合は除く。 ア ガイドラインの生殖機能低下リスク分類に示された治療のうち、<u>高・中間・低リスクの治療</u> 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、遺伝性骨髄不全症候群(ファンコニ貧血等)、原	(7) (略) (生殖機能温存療法の助成対象者) 第3条 生殖機能温存療法に係る助成金の交付を受けることができる者は、次の各号に掲げる要件のいずれにも該当するものとする。 (1) (略) (2) 原疾患又は原疾患の治療内容が次のいずれかに該当し、生殖医療を専門とする医師及び原疾患担当医師が、生殖機能温存療法に伴う影響について評価を行い、生命予後に与える影響が許容される者であること。ただし、子宮摘出が必要な場合など、本人が妊娠できないことが想定される場合は除く。 ア ガイドラインの生殖機能低下リスク分類に示された治療 イ (略) ウ (略)	令和7年国 実施要綱に 従って修正

現行	改正	備考
発性免疫不全症候群、先天代謝異常症、サラセミア、鎌状赤血球症、慢性活動性EB ウイルス感染症等 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、ループス腎炎、多発性筋炎・皮膚筋炎、ベーチェット病等 (3) 原疾患の治療前であること。ただし、原疾患の治療前に行うことを基本としているが、治療中及び治療後であっても医学的な必要性がある場合はこの限りではない。 (4) 第8条に定める指定医療機関において、生殖機能温存療法を受けた者であること。 (温存後生殖補助医療の助成対象者) 第3条の2 温存後生殖補助医療に係る助成金の交付を受けることができる者は、次の各号に掲げる要件のいずれにも該当するものとする。 (1) 申請日時点において夫婦のいずれかが京都府内に住所を有し、温存後生殖補助医療の治療期間の初日における妻の年齢が原則として43歳未満の夫婦であること。 (2) 原則として、夫婦のいずれかが、前条第2号から第4号までのいずれにも該当し、生殖機能温存療法を受けた後に、<u>令和4年4月1日以降に温存後生殖補助医療を開始した場合</u>であって、温存後生殖補助医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医師に判断された<u>ものであること</u>。 (3) 原則、法律婚の関係にある夫婦であること。(知事が必要と認める場合にあっては、事実婚の関係にある者も対象とする。)	エ (略) (3) (略) (4) (略) (温存後生殖補助医療の助成対象者) 第3条の2 温存後生殖補助医療に係る助成金の交付を受けることができる者は、次の各号に掲げる要件のいずれにも該当するものとする。 (1) (略) (2) 原則として、夫婦のいずれかが、前条第2号から第4号までのいずれにも該当し、生殖機能温存療法を受けた後に、<u>温存後生殖補助医療を開始した場合</u>であって、温存後生殖補助医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医師に判断された<u>者であること</u>。 (3) (略)	記載整備 (温存後生殖補助医療への助成は温存後生殖補助医療の治療期間の

現行	改正	備考
(4) 生殖医療を専門とする医師及び原疾患担当医師が、温存後生殖補助医療に伴う影響について評価を行い、生命予後に与える影響が許容されると認められる者であること。 (5) 第8条に定める指定医療機関において、温存後生殖補助医療による治療を受けた者であること。 (生殖機能温存療法の助成対象経費) 第4条 この要綱による生殖機能温存療法に係る助成の対象となる経費は、生殖機能温存療法及び初回の凍結保存に要した医療保険適用外経費とする。ただし、入院室料（差額ベッド代等。以下同じ。）、食事療養費、文書料等治療に直接関係のない費用及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外とする。 (温存後生殖補助医療の助成対象経費) 第4条の2 この要綱による温存後生殖補助医療に係る助成の対象となる経費は、温存後生殖補助医療に要した医療保険適用外費用とする。ただし、入院室料、食事療養費、文書料等治療に直接関係のない費用及び温存後生殖補助医療における主たる治療を医療保険適用で実施している場合における先進医療等における自己負担部分は対象外とする。 (生殖機能温存療法に係る助成額等) 第5条 知事は、生殖機能温存療法に要した医療保険適用外経費につき1回につき別表1に定める金額を上限とし、助成する。 2 助成回数は、対象者1人に対して通算2回までとし、異な	(4) (略) (5) (略) (生殖機能温存療法の助成対象経費) 第4条 (略) (温存後生殖補助医療の助成対象経費) 第4条の2 (略) (生殖機能温存療法に係る助成額等) 第5条 (略)	初日から1年以内を申請期限としているため。)

現行	改正	備考
る治療を受けた場合であっても同様とする。 (温存後生殖補助医療に係る助成額等) 第5条の2 知事は、温存後生殖補助医療に要した医療保険適用外経費につき1回につき別表2に定める金額を上限とし、助成する。 2 助成回数は、1子につき通算10回までとする。ただし、妊娠12週以降に死産に至った場合は、これまで受けた助成回数を0回に戻すこととする。 (生殖機能温存療法に係る助成金の申請) 第6条 第4条に係る費用について助成を受けようとする者は、生殖機能温存療法終了後、京都府がん患者等生殖機能温存療法助成申請書(様式第1号)を、以下の関係書類を付して知事に提出しなければならない。 (1) 京都府がん患者等生殖機能温存療法等助成事業証明書(様式第4号、第5号) (追加) (2) 申請日時点において京都府内に住所を有することを証明する書類(住民票の写し等) (3) 次に掲げる場合の区分に応じそれぞれ次に定める書類(※第2条第1号のアに係る治療時に限る。) ア 法律婚の場合 戸籍謄本 イ 事実婚の場合 次に掲げる書類 (ア) 両人の戸籍謄本 (イ) 両人の住民票	(温存後生殖補助医療に係る助成額等) 第5条の2 (略) (生殖機能温存療法に係る助成金の申請) 第6条 第4条に係る費用について助成を受けようとする者は、生殖機能温存療法終了後、京都府がん患者等生殖機能温存療法助成申請書(様式第1号)を、以下の関係書類を付して知事に提出しなければならない。 (1) 京都府がん患者等生殖機能温存療法等助成事業証明書(様式第4号_____) (2) 京都府がん患者等生殖機能温存療法等助成事業に係る原疾患治療証明書(様式第5号-1号、第5号-2) (3) 申請日時点において京都府内に住所を有することを証明する書類(住民票の写し等) (4) 次に掲げる場合の区分に応じそれぞれ次に定める書類(※第2条第1号のアに係る治療時に限る。) ア 法律婚の場合 戸籍謄本 イ 事実婚の場合 次に掲げる書類 (ア) 両人の戸籍謄本 (イ) 両人の住民票	令和7年国 実施要綱に 従って修正

現行	改正	備考
(ウ) 両人が同一世帯でない場合にあっては、両人の事実婚関係に関する申立書（様式第7号） (4) その他知事が必要と認める書類 2 前項の申請は、特段の事由がない限り、助成対象の生殖機能温存療法実施日から1年以内に行うものとする。 （温存後生殖補助医療に係る治療に関する助成金の申請） 第6の2 第4条の2に係る費用について助成を受けようとする者は、温存後生殖補助医療に係る治療終了後、京都府がん患者等温存後生殖補助医療助成申請書（様式第9号）を、以下の関係書類を付して知事に提出しなければならない。 (1) 京都府がん患者等生殖機能温存療法に係る温存後生殖補助医療助成事業証明書（様式第10号） （追加） (2) 次に掲げる場合の区分に応じそれぞれ次に定める書類 ア 法律婚の場合 戸籍謄本 イ 事実婚の場合 次に掲げる書類 (ア) 両人の戸籍謄本 (イ) 両人の住民票 (ウ) 両人が同一世帯でない場合にあっては、両人の事実婚関係に関する申立書（様式第12号） (3) 申請日時点において京都府内に住所を有することを証明する書類（住民票の写し等） 2 前項の申請は、特段の事由がない限り、助成対象の温存後生殖補助医療の治療期間の初日から1年以内に行うものとする。ただし、夫、妻の両者が第3条を満たし、ともに第2条	(ウ) 両人が同一世帯でない場合にあっては、両人の事実婚関係に関する申立書（様式第7号） (5) その他知事が必要と認める書類 2 （略） （温存後生殖補助医療に係る治療に関する助成金の申請） 第6の2 第4条の2に係る費用について助成を受けようとする者は、温存後生殖補助医療に係る治療終了後、京都府がん患者等温存後生殖補助医療助成申請書（様式第9号）を、以下の関係書類を付して知事に提出しなければならない。 (1) （略） (2) <u>京都府がん患者等生殖機能温存療法等助成事業に係る原疾患治療証明書（様式第5-1号、第5-2号）</u> (3) 次に掲げる場合の区分に応じそれぞれ次に定める書類 ア 法律婚の場合 戸籍謄本 イ 事実婚の場合 次に掲げる書類 (ア) 両人の戸籍謄本 (イ) 両人の住民票 (ウ) 両人が同一世帯でない場合にあっては、両人の事実婚関係に関する申立書（様式第12号） (4) 申請日時点において京都府内に住所を有することを証明する書類（住民票の写し等） 2 （略）	令和7年国 実施要綱に 従って修正

現行	改正	備考
の第1号に定める治療を受けた後に、第2条の第2号に定める対象となる治療を受けた場合、夫婦の一方のみに別表2に定める区分のいずれかで助成を行うこととし、それぞれが別に助成を受けることは認められない。 (助成決定、支払い) 第7条 知事は、前条の規定により申請書の提出を受けたときは、遅滞なくその内容を審査し、適当と認めるときは決定通知書(様式第2号)により、適当と認めないときはその理由を記した不承認通知書(様式第3号)により申請者に通知するとともに、助成金を申請者の指定する金融機関に振込の方法により支払うものとする。 (指定医療機関) 第8条 知事は、次の各号に掲げる医療機関のうち、次項に定める事項を実施できる医療機関(原則として京都府内に住所を有するものに限る。)を指定医療機関として指定するものとする。 (1) 生殖機能温存療法の実施医療機関(検体保存機関)として、日本産科婦人科学会又は日本泌尿器科学会が<u>認定</u>した医療機関。 (2) 温存後生殖補助医療の実施医療機関として、日本産科婦人科学会が承認(仮承認を含む)した医療機関。<u>ただし、日本産科婦人科学会が医療機関を承認するまでの期間については、指定された生殖機能温存療法の実施医療機関のうち、京都府がん患者等生殖機能温存療法に係る温存後生殖補助医療助成事業証明書(様式第10号)の交付ができ</u>	(助成決定、支払い) 第7条 (略) (指定医療機関) 第8条 知事は、次の各号に掲げる医療機関のうち、次項に定める事項を実施できる医療機関(原則として京都府内に住所を有するものに限る。)を指定医療機関として指定するものとする。 (1) 生殖機能温存療法の実施医療機関(検体保存機関)として、日本産科婦人科学会又は日本泌尿器科学会が<u>承認(仮承認を含む。)</u>した医療機関 (2) 温存後生殖補助医療の実施医療機関として、日本産科婦人科学会が承認(仮承認を含む。)した医療機関	記載整備 令和6年国 実施要綱に 従って修正

現行	改正	備考
本事業によって知り得た情報の取扱いについて慎重に配慮するよう留意するとともに、特に個人情報の取扱いについては、その保護に十分配慮すること。 3 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、知事が別に定める。 (附則) この要綱は、平成 29 年 11 月 20 日から施行し、平成 29 年 4 月 1 日以後に開始した生殖機能温存療法に係る助成金から適用する。 (附則) 1 この要綱は、平成 30 年 10 月 1 日から施行し、平成 30 年 4 月 1 日から適用する。 2 第 6 条第 2 項の規定にかかわらず、生殖機能温存療法実施日が平成 29 年度に属する場合は、平成 30 年度末日までに申請するものとする。 (附則) この要綱は、令和 3 年 5 月 19 日から施行し、生殖機能温存療法実施日が令和 3 年 4 月 1 日以後のものに適用する。 (附則) この要綱は、令和 4 年 9 月 1 日から施行し、令和 4 年 4 月 1 日から適用する。 (附則) この要綱は、令和 5 年 8 月 1 日から施行し、令和 5 年 4 月 1 日から適用する。	3 (略) (附則) この要綱は、平成 29 年 11 月 20 日から施行し、平成 29 年 4 月 1 日以後に開始した生殖機能温存療法に係る助成金から適用する。 (附則) 1 この要綱は、平成 30 年 10 月 1 日から施行し、平成 30 年 4 月 1 日から適用する。 2 第 6 条第 2 項の規定にかかわらず、生殖機能温存療法実施日が平成 29 年度に属する場合は、平成 30 年度末日までに申請するものとする。 (附則) この要綱は、令和 3 年 5 月 19 日から施行し、生殖機能温存療法実施日が令和 3 年 4 月 1 日以後のものに適用する。 (附則) この要綱は、令和 4 年 9 月 1 日から施行し、令和 4 年 4 月 1 日から適用する。 (附則) この要綱は、令和 5 年 8 月 1 日から施行し、令和 5 年 4 月 1 日から適用する。 (附則) この要綱は、令和 7 年 月 日から施行する。	国要綱の改正内容は原疾患の治療内容を、より詳細に把握する資料の追加になっており、助成対象者の拡大等ではないため、適用日は施行日と同日でも支障なし。

現行	改正	備考																																																		
別表 1（第 5 条関係） <table><tr><td>(1) 胚（受精卵）凍結に係る治療</td><td>35 万円</td></tr><tr><td>(2) 未受精卵子凍結に係る治療</td><td>20 万円</td></tr><tr><td>(3) 卵巣組織凍結に係る治療</td><td>40 万円</td></tr><tr><td>(4) 精子凍結に係る治療</td><td>3 万円</td></tr><tr><td>(5) 精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療</td><td>35 万円</td></tr></table> 別表 2（第 5 条の 2 関係） <table><tr><td></td><td>[6 回目まで] ※1</td><td>[7 回目以降] ※2</td></tr><tr><td>別表 1 (1) で凍結した胚(受精卵) を用いた生殖補助医療</td><td>10 万円</td><td>7 万 5 千円</td></tr><tr><td>別表 1 (2) で凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療 (※ 3)</td><td>25 万円</td><td>15 万円</td></tr><tr><td>別表 1 (3) で凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療 (※ 3 ～ 6)</td><td>30 万円</td><td>15 万円</td></tr><tr><td>別表 1 (4) 及び(5) の治療で凍結した精子を用いた生殖補助医療 (※ 3 ～ 6)</td><td>30 万円</td><td>15 万円</td></tr></table> ※ 1 初めて助成を受けた治療及び直近の出産後に初めて助成を受ける治療の治療期間初日における妻の年齢が 40 歳以上の場合は『3 回目まで』 ※ 2 初めて助成を受けた治療及び直近の出産後に初めて助	(1) 胚（受精卵）凍結に係る治療	35 万円	(2) 未受精卵子凍結に係る治療	20 万円	(3) 卵巣組織凍結に係る治療	40 万円	(4) 精子凍結に係る治療	3 万円	(5) 精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療	35 万円		[6 回目まで] ※1	[7 回目以降] ※2	別表 1 (1) で凍結した胚(受精卵) を用いた生殖補助医療	10 万円	7 万 5 千円	別表 1 (2) で凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療 (※ 3)	25 万円	15 万円	別表 1 (3) で凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療 (※ 3 ～ 6)	30 万円	15 万円	別表 1 (4) 及び(5) の治療で凍結した精子を用いた生殖補助医療 (※ 3 ～ 6)	30 万円	15 万円	別表 1（第 5 条関係） <table><tr><td>(1) 胚（受精卵）凍結に係る治療</td><td>35 万円</td></tr><tr><td>(2) 未受精卵子凍結に係る治療</td><td>20 万円</td></tr><tr><td>(3) 卵巣組織凍結に係る治療</td><td>40 万円</td></tr><tr><td>(4) 精子凍結に係る治療</td><td>3 万円</td></tr><tr><td>(5) 精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療</td><td>35 万円</td></tr></table> 別表 2（第 5 条の 2 関係） <table><tr><td></td><td>[6 回目まで] ※1</td><td>[7 回目以降] ※2</td></tr><tr><td>別表 1 (1) で凍結した胚(受精卵) を用いた生殖補助医療</td><td>10 万円</td><td>7 万 5 千円</td></tr><tr><td>別表 1 (2) で凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療 (※ 3)</td><td>25 万円</td><td>15 万円</td></tr><tr><td>別表 1 (3) で凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療 (※ 3 ～ 6)</td><td>30 万円</td><td>15 万円</td></tr><tr><td>別表 1 (4) 及び(5) の治療で凍結した精子を用いた生殖補助医療 (※ 3 ～ 6)</td><td>30 万円</td><td>15 万円</td></tr></table> ※ 1 初めて助成を受けた治療及び直近の出産後に初めて助成を受ける治療の治療期間初日における妻の年齢が 40 歳以上の場合は『3 回目まで』 ※ 2 初めて助成を受けた治療及び直近の出産後に初めて助	(1) 胚（受精卵）凍結に係る治療	35 万円	(2) 未受精卵子凍結に係る治療	20 万円	(3) 卵巣組織凍結に係る治療	40 万円	(4) 精子凍結に係る治療	3 万円	(5) 精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療	35 万円		[6 回目まで] ※1	[7 回目以降] ※2	別表 1 (1) で凍結した胚(受精卵) を用いた生殖補助医療	10 万円	7 万 5 千円	別表 1 (2) で凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療 (※ 3)	25 万円	15 万円	別表 1 (3) で凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療 (※ 3 ～ 6)	30 万円	15 万円	別表 1 (4) 及び(5) の治療で凍結した精子を用いた生殖補助医療 (※ 3 ～ 6)	30 万円	15 万円	
(1) 胚（受精卵）凍結に係る治療	35 万円																																																			
(2) 未受精卵子凍結に係る治療	20 万円																																																			
(3) 卵巣組織凍結に係る治療	40 万円																																																			
(4) 精子凍結に係る治療	3 万円																																																			
(5) 精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療	35 万円																																																			
	[6 回目まで] ※1	[7 回目以降] ※2																																																		
別表 1 (1) で凍結した胚(受精卵) を用いた生殖補助医療	10 万円	7 万 5 千円																																																		
別表 1 (2) で凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療 (※ 3)	25 万円	15 万円																																																		
別表 1 (3) で凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療 (※ 3 ～ 6)	30 万円	15 万円																																																		
別表 1 (4) 及び(5) の治療で凍結した精子を用いた生殖補助医療 (※ 3 ～ 6)	30 万円	15 万円																																																		
(1) 胚（受精卵）凍結に係る治療	35 万円																																																			
(2) 未受精卵子凍結に係る治療	20 万円																																																			
(3) 卵巣組織凍結に係る治療	40 万円																																																			
(4) 精子凍結に係る治療	3 万円																																																			
(5) 精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療	35 万円																																																			
	[6 回目まで] ※1	[7 回目以降] ※2																																																		
別表 1 (1) で凍結した胚(受精卵) を用いた生殖補助医療	10 万円	7 万 5 千円																																																		
別表 1 (2) で凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療 (※ 3)	25 万円	15 万円																																																		
別表 1 (3) で凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療 (※ 3 ～ 6)	30 万円	15 万円																																																		
別表 1 (4) 及び(5) の治療で凍結した精子を用いた生殖補助医療 (※ 3 ～ 6)	30 万円	15 万円																																																		

現行	改正	備考
成を受ける治療の治療期間初日における妻の年齢が 40 歳以上の場合は『4 回目以降』 ※3 以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合は 10 万円 ※4 人工授精を実施する場合は 1 万円 ※5 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 ※6 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	成を受ける治療の治療期間初日における妻の年齢が 40 歳以上の場合は『4 回目以降』 ※3 以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合は 10 万円 ※4 人工授精を実施する場合は 1 万円 ※5 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 ※6 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	

現行

【様式第1号】

様式第1号

京都府知事 様

京都府がん患者等生殖機能温存療法助成申請書

令和5年改正様式

受 援 者	氏名			
	生年月日	年	月	日生
	住所	〒		
	電話番号		患者アプリ番号(12桁) ※原則必須。登録できない場合、理由を下記記載	
	患者アプリを登録できない理由			
申 請 者	□受援者と同じ			
	氏名		受援者との関係	
	住所	〒	電話番号	
がん患者生殖機能温存療法助成事業の助成歴（他都道府県からの助成を含む）		1 助成を受けるのは初めてである 2 助成を受けるのは2回目である (1回目の助成を受けた都道府県：)		
京都府がん患者等生殖機能温存療法等助成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		1 はい 一事業の助成を受けることができません 2 いいえ		
振込先 指定口座	フリガナ			
	口座名義			
	金融機関名		店 舗 名	
	口座種別		口座番号	
以下の事項について同意します。（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。）				
・本事業の趣旨を理解し、小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法に関する研究促進事業実施のために日本がん・生殖医療学会に対して自身の臨床情報及び助成実績等に関する情報を提供すること。また、日本がん・生殖医療学会が妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療に係る研究を適切に行えと認める者に対して、当該の情報を提供すること。 ・助成の可否を判断するため、京都府が必要に応じ、関係医療機関に照会すること。 ・本事業の助成状況について他の都道府県へ照会及び情報提供をすること。				
年 月 日 申請者氏名（自署）： 申請額： 助成決定金額 ※この欄は府において記載します。 円				

添 付 書 類	チェック欄
(1) 京都府がん患者生殖機能温存療法助成事業証明書（様式第4、第5号）	☐
(2) 生殖機能温存療法に係る領収金領内訳証明書（様式第6号）	☐
(3) 申請時に京都府に居住していたことを証明する書類（住民票の写し等）	☐
(4) 生殖機能温存療法についての同意書	☐
(5) 夫婦であることを証明できる書類（戸籍謄本等）※既婚者の場合	☐

改正

【様式第1号】

様式第1号（表面）

京都府知事 様

京都府がん患者等生殖機能温存療法助成申請書

令和7年改正様式

受 援 者	氏名			
	生年月日	年	月	日生
	住所	〒		
	電話番号		患者アプリ番号(12桁) ※原則必須。登録できない場合、理由を下記記載	
	患者アプリを登録できない理由			
申 請 者	□受援者と同じ			
	氏名		受援者との関係	
	住所	〒	電話番号	
がん患者生殖機能温存療法助成（他都道府県からの助成を含む）を受けたことがありますか		1 助成を受けるのは初めてである 2 助成を受けるのは2回目である (1回目の助成を受けた都道府県：)		
京都府がん患者等生殖機能温存療法等助成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		1 はい 一事業の助成を受けることができません 2 いいえ		
振込先 指定口座	フリガナ			
	口座名義			
	金融機関名		店 舗 名	
	口座種別		口座番号	
以下の事項について同意します。（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。）				
・本事業の趣旨を理解し、小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法に関する研究促進事業実施のために日本がん・生殖医療学会に対して自身の臨床情報及び助成実績等に関する情報を提供すること。また、日本がん・生殖医療学会が妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療に係る研究を適切に行えと認める者に対して、当該の情報を提供すること。 ・助成の可否を判断するため、京都府が必要に応じ、関係医療機関に照会すること。 ・本事業の助成状況について他の都道府県へ照会及び情報提供をすること。				
年 月 日 申請者氏名（自署）： 申請額： 助成決定金額 ※この欄は府において記載します。 円				

添 付 書 類	チェック欄
(1) 京都府がん患者生殖機能温存療法助成事業証明書（様式第4号）	☐
(2) 京都府がん患者生殖機能温存療法助成事業証明書（様式第5-1号）	☐
・化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類書（様式第5-2号）	☐
(3) 生殖機能温存療法に係る領収金領内訳証明書（様式第6号）※該当がある場合	☐
(4) 申請時に京都府に居住していたことを証明する書類（住民票の写し等）	☐
(5) 生殖機能温存療法についての同意書	☐
(6) 夫婦であることを証明できる書類（戸籍謄本等）※既婚者の場合	☐

記載整備

現行	改正	備考
○注意事項 1 助成決定金額は、京都府健康対策課（問い合わせ先と同じ）から文書で通知します。 2 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。 3 助成の対象は、生殖機能温存療法及び初回の凍結保存に要した保険適用外経費とし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等治療に直接関係のない費用及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外とします。 4 助成金額は、生殖機能温存療法に要した保険適用外費用であり、精子は3万円、精子（精巣内精子採取）は35万円、胚（受精卵）は35万円、未授精卵子は20万円、卵巣組織は40万円が上限となります。（助成回数は、合計2回まで） 5 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る場合は、本助成を受けることができません。 6 助成対象の治療の一部を指定医療機関とは別の機関で実施し、当該医療機関に対して支払いを行った場合で、当該費用も含めて助成を求める場合は、治療と費用の内容が分かる領収書及び治療明細を提出してください。詳細の記載がない場合は、当該医療機関に様式第6号の発行を依頼してください。 7 医療機関によっては、様式第4号、第5号及び様式第6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。 8 本事業に参加する方の生殖機能温存療法に関する診療情報は、医療機関を通じて、日本がん・生殖医療学会が管理・運用する「日本がん・生殖医療登録システム（JGRF）」に登録されます。また、データの登録状況の確認のため、日本がん・生殖医療学会が助成申請の内容と結果について各都道府県に対して照会を行うことがあります。日本がん・生殖医療学会は、本事業に係る研究を適切に行えと認める者に対し、上記の臨床情報・助成情報等のデータを提供することがあります。その際は、目的達成のため、必要最小限の範囲で取り扱いを行い、個人の権利利益が不当に侵害されないよう、適切な処理を行います。 9 本事業は、生殖機能温存療法に要した医療費を申請に基づき京都府が助成するものであり、がん治療及び生殖機能温存療法、またがん治療後の妊娠等、その医療内容について京都府が保証する、もしくは責任を負うものではありません。 申請方法 郵送の場合 宛先：〒602-8570 京都市上京区下立売通新町西入敷ノ内町 京都府健康対策課 ※ 封筒の表に「生殖機能温存療法助成申請書在中」と失書してください。 持参の場合 受付窓口：京都府健康福祉部健康対策課 がん対策係（府庁2号館3階） 受付時間：平日（月曜日から金曜日、祝祭日、年末年始を除く。） 午前8時30分～12時、午後1時～5時 問い合わせ先 京都府健康福祉部健康対策課がん対策係 電話：075-414-4766	様式第1号（裏面） ○注意事項 1 助成決定金額は、京都府健康対策課（問い合わせ先と同じ）から文書で通知します。 2 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。 3 助成の対象は、生殖機能温存療法及び初回の凍結保存に要した保険適用外経費とし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等治療に直接関係のない費用及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外とします。 4 助成金額は、生殖機能温存療法に要した保険適用外費用であり、精子は3万円、精子（精巣内精子採取）は35万円、胚（受精卵）は35万円、未授精卵子は20万円、卵巣組織は40万円が上限となります。（助成回数は、合計2回まで） 5 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る場合は、本助成を受けることができません。 6 助成対象の治療の一部を指定医療機関とは別の機関で実施し、当該医療機関に対して支払いを行った場合で、当該費用も含めて助成を求める場合は、治療と費用の内容が分かる領収書及び治療明細を提出してください。詳細の記載がない場合は、当該医療機関に様式第6号の発行を依頼してください。 7 医療機関によっては、様式第4号、様式第5号-1及び第5号-2、様式第6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。 8 本事業に参加する方の生殖機能温存療法に関する診療情報は、医療機関を通じて、日本がん・生殖医療学会が管理・運用する「日本がん・生殖医療登録システム（JGRF）」に登録されます。また、データの登録状況の確認のため、日本がん・生殖医療学会が助成申請の内容と結果について各都道府県に対して照会を行うことがあります。日本がん・生殖医療学会は、本事業に係る研究を適切に行えと認める者に対し、上記の臨床情報・助成情報等のデータを提供することがあります。その際は、目的達成のため、必要最小限の範囲で取り扱いを行い、個人の権利利益が不当に侵害されないよう、適切な処理を行います。 9 本事業は、生殖機能温存療法に要した医療費を申請に基づき京都府が助成するものであり、がん治療及び生殖機能温存療法、またがん治療後の妊娠等、その医療内容について京都府が保証する、もしくは責任を負うものではありません。 10 2回目の申請で、京都府に対し、様式第5号-1号及び第5号-2号を既に提出している場合、再度の提出は不要です。 申請方法 郵送の場合 宛先：〒602-8570 京都市上京区下立売通新町西入敷ノ内町 京都府健康対策課 ※ 封筒の表に「生殖機能温存療法助成申請書在中」と失書してください。 持参の場合 受付窓口：京都府健康福祉部健康対策課 がん対策係（府庁2号館3階） 受付時間：平日（月曜日から金曜日、祝祭日、年末年始を除く。） 午前8時30分～12時、午後1時～5時 問い合わせ先 京都府健康福祉部健康対策課がん対策係 電話：075-414-4766	記載整備 国様式に従って修正 記載整備

現行	改正	備考
【様式第 2 号】（略） 【様式第 3 号】（略）	【様式第 2 号】（略） 【様式第 3 号】（略）	

現行

【様式第4号】

様式第4号（生殖機能温存療法実施医療機関において記載）（表面）

令和5年改正様式

京都府がん患者等生殖機能温存療法等助成事業証明書

下記受療者について、生殖機能温存療法を実施することに伴う影響について評価を行い、生命予後に与える影響が許容されると認められたため、受療者（未成年の場合はできる限り本人も説明を受けた上で、親権者又は未成年後見人）の同意の上で、生殖機能温存療法を実施し、下記のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

生殖機能温存療法主治医氏名（自署）

医療機関記入欄（生殖機能温存療法主治医がご記入ください）

受療者氏名			
患者アプリ番号	患者アプリ登録が無い場合、その理由		
受療者生年月日	年 月 日生	男・女	
性別	生殖機能温存療法実施日における年齢	満	歳
今回の治療方法	男性へ生殖機能温存療法を行った場合は、こちらにご記入ください。		
	I (いずれかの番号に○) 1. 精子凍結保存 2. 精巣内精子保存	・ 左記の開始日 年 月 日 ・ 凍結保存日 年 月 日 ・ 左記の終了日 年 月 日 実施医療機関名 ()	
	女性へ生殖機能温存療法を行った場合は、こちらにご記入ください。		
	II (いずれかの番号に○) 1. 受精卵凍結保存 2. 卵子凍結保存 3. 卵巣組織凍結保存 4. 卵巣組織再移植	・ 左記の開始日 年 月 日 ・ 凍結保存日（4.の場合は再移植日） 年 月 日 ・ 左記の終了日 年 月 日 実施医療機関名 ()	
	I、II以外で他機関依頼、院外処方等がある場合はこちらにご記入ください。 (※1) 他医療機関への依頼 なし・あり 院外処方 なし・あり 医療機関名 () 指示内容 上記の医療費について、今回の領収金額に 含む・含まない		
領収金額	【今回の凍結保存に要した助成対象費用合計】※明細を裏面に記載してください。 領収金額 円		
備考 (※2)			

※1 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、その内容をⅢに記載してください。一連の治療に直接関係する費用として、本領収金額以外の追加の費用申請が対象者からあった場合、Ⅲに記載が認められない内容は助成対象外となる可能性があります。

※2 生殖機能温存療法が正常に行えなかった等の治療内容に係る留意事項は備考欄に記載してください。

改正

【様式第4号】

様式第4号（生殖機能温存療法実施医療機関において記載）（表面）

令和7年改正様式

京都府がん患者等生殖機能温存療法等助成事業証明書

下記受療者について、生殖機能温存療法を実施することに伴う影響について評価を行い、生命予後に与える影響が許容されると認められたため、受療者（未成年の場合はできる限り本人も説明を受けた上で、親権者又は未成年後見人）の同意の上で、生殖機能温存療法を実施し、下記のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

生殖機能温存療法主治医氏名（自署）

医療機関記入欄（生殖機能温存療法主治医がご記入ください）

受療者氏名			
患者アプリ番号	患者アプリ登録が無い場合、その理由		
受療者生年月日	年 月 日生	男・女	
性別	生殖機能温存療法実施日における年齢	満	歳
今回の治療方法	男性へ生殖機能温存療法を行った場合は、こちらにご記入ください。		
	I (いずれかの番号に○) 1. 精子凍結保存 2. 精巣内精子保存	・ 左記の開始日 年 月 日 ・ 凍結保存日 年 月 日 ・ 左記の終了日 年 月 日 実施医療機関名 ()	
	女性へ生殖機能温存療法を行った場合は、こちらにご記入ください。		
	II (いずれかの番号に○) 1. 受精卵凍結保存 2. 卵子凍結保存 3. 卵巣組織凍結保存 4. 卵巣組織再移植	・ 左記の開始日 年 月 日 ・ 凍結保存日（4.の場合は再移植日） 年 月 日 ・ 左記の終了日 年 月 日 実施医療機関名 ()	
	I、II以外で他機関依頼、院外処方等がある場合はこちらにご記入ください。 (※1) 他医療機関への依頼 なし・あり 院外処方 なし・あり 医療機関名 () 指示内容 上記の医療費について、今回の領収金額に 含む・含まない		
領収金額	【今回の凍結保存に要した助成対象費用合計】※明細を裏面に記載してください。 領収金額 円		
備考 (※2)			

※1 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、その内容をⅢに記載してください。一連の治療に直接関係する費用として、本領収金額以外の追加の費用申請が対象者からあった場合、Ⅲに記載が認められない内容は助成対象外となる可能性があります。

※2 生殖機能温存療法が正常に行えなかった等の治療内容に係る留意事項は備考欄に記載してください。

備考

現行

様式第4号（生殖機能温存療法実施医療機関において記載）（裏面）

領収金 内訳明細書

項目	費用
卵子、卵巣、精子の採取に要した費用（検査や排卵誘発剤代などを含む）	円
胚（受精卵）を凍結保存する場合の受精に要した費用（受精料、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（更新料は含まない））	円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
合計	円

領収金額に関する照会先

担当部署：
担当者名：
連絡先電話番号：

○ 「1回」の定義について

- ・ 胚（受精卵）凍結及び未授精卵子凍結については、1回の採卵周期に行った生殖機能温存療法を1回と定義します。
- ・ 卵巣組織凍結及び卵巣組織再移植については、1回の手術を1回と定義します。
- ・ 精子凍結については、1回の採精手技を1回と定義します。精巣内精子採取術については1回の手術を1回と定義します。
- ・ 異なる種類の生殖機能温存療法を受けた場合であっても、その治療が一連のものである場合は1回とカウントし、助成上限額の高い生殖機能温存療法に対して助成を行います。

○ 生殖機能温存療法を中止した（凍結に至らなかった）場合

- ・ 生殖機能温存療法実施の意思決定が行われ、排卵誘発剤等の投与が行われた後に、患者の体調不良等の理由で中止した（凍結に至らなかった）場合も助成対象とします。その場合は、「凍結保存日」は空欄とし、「備考」欄に凍結に至らなかった理由を記載してください。

○ 助成対象となる費用のみを計上してください。

助成対象経費は、生殖機能温存療法及び初回の凍結保存に要した保険適用外経費とし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等治療に直接関係のない費用及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外とします。

○ 本証明書を発行する医療機関が領収した金額のみを記入してください。一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、その治療費用は当該医療機関からの証明書等を患者本人に提出いただくことにより、別途確認を行いますので本証明書には記載不要です。

改正

様式第4号（生殖機能温存療法実施医療機関において記載）（裏面）

領収金 内訳明細書

項目	費用
卵子、卵巣組織、精子の採取に要した費用（検査や排卵誘発剤代などを含む）	円
胚（受精卵）を凍結保存する場合の受精に要した費用（受精料、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（更新料は含まない））	円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
合計	円

領収金額に関する照会先

担当部署：
担当者名：
連絡先電話番号：

○ 「1回」の定義について

- ・ 胚（受精卵）凍結及び未授精卵子凍結については、1回の採卵周期に行った生殖機能温存療法を1回と定義します。
- ・ 卵巣組織凍結及び卵巣組織再移植については、1回の手術を1回と定義します。
- ・ 精子凍結については、1回の採精手技を1回と定義します。精巣内精子採取術については1回の手術を1回と定義します。
- ・ 異なる種類の生殖機能温存療法を受けた場合であっても、その治療が一連のものである場合は1回とカウントし、助成上限額の高い生殖機能温存療法に対して助成を行います。

○ 生殖機能温存療法を中止した（凍結に至らなかった）場合

- ・ 生殖機能温存療法実施の意思決定が行われ、排卵誘発剤等の投与が行われた後に、患者の体調不良等の理由で中止した（凍結に至らなかった）場合も助成対象とします。その場合は、「凍結保存日」は空欄とし、「備考」欄に凍結に至らなかった理由を記載してください。

○ 助成対象となる費用のみを計上してください。

助成対象経費は、生殖機能温存療法及び初回の凍結保存に要した保険適用外経費とし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等治療に直接関係のない費用及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外とします。

○ 本証明書を発行する医療機関が領収した金額のみを記入してください。一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、その治療費用は当該医療機関からの証明書等を患者本人に提出いただくことにより、別途確認を行いますので本証明書には記載不要です。

記載整備

現行		改正		備考
【様式第5 号】		【様式第5-1号】		
様式第5号（原疾患治療実施医療機関において記載）		様式第5-1号（原疾患治療実施医療機関において記載）		
令和5年改正様式		令和7年改正様式		
京都府がん患者等生殖機能温存療法等助成事業証明書		京都府がん患者等生殖機能温存療法等助成事業に係る原疾患治療証明書		
下記受療者について、下記のとおり生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療を実施した（もしくは実施予定である）こと、及び生殖機能温存療法を実施することに伴う影響について評価を行い、生命予後に与える影響が許容されると認められたため、受療者（未成年の場合はできる限り本人も説明を受けた上で、親権者又は未成年後見人）の同意の上で、生殖機能温存療法実施医療機関に紹介を行ったことを証明します。		下記受療者について、下記のとおり生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療を実施した（もしくは実施予定である）こと、及び生殖機能温存療法を実施することに伴う影響について評価を行い、生命予後に与える影響が許容されると認められたため、受療者（未成年の場合はできる限り本人も説明を受けた上で、親権者又は未成年後見人）の同意の上で、生殖機能温存療法実施医療機関に紹介を行ったことを証明します。		
年 月 日		年 月 日		
医療機関の所在地		医療機関の所在地		
医療機関の名称		医療機関の名称		
診療科		診療科		
原疾患治療主治医氏名		原疾患治療主治医氏名		
(自署)		(自署)		
生後機能温存療法を受けた（受ける）者		生後機能温存療法を受けた（受ける）者		
氏名		氏名		
生年月日・性別等		生年月日・性別等		
年 月 日生 男・女		年 月 日生 男・女		
原疾患について		原疾患について		
原疾患名（※1）		原疾患名（※1）		
左記の診断日		左記の診断日		
年 月 日		年 月 日		
診断医療機関名		診断医療機関名		
原疾患に対する治療のうち、事業の対象となる治療		原疾患に対する治療のうち、事業の対象となる治療		
事業の対象となる治療として該当するものに○を付けてください。		事業の対象となる治療として該当するものに○を付けてください。		
治療方法		治療方法		
〔 〕 『小児、思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン』（一般社団法人日本癌治療学会）の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		〔 〕 ① 『小児・AYA世代がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン』（一般社団法人日本癌治療学会）の妊孕性低下リスク分類に示された治療		
〔 〕 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		〔 〕 ② 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		
〔 〕 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、遺伝性骨髄不全症候群（ファンコニ貧血等）、原発性免疫不全症候群、先天性副腎不全症、サラセミア、鎌状赤血球症、慢性活動性EBウイルス感染症等		〔 〕 ③ 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、遺伝性骨髄不全症候群（ファンコニ貧血等）、原発性免疫不全症候群、先天性副腎不全症、サラセミア、鎌状赤血球症、慢性活動性EBウイルス感染症等		
〔 〕 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、ループス腎炎、多発性筋炎・皮膚筋炎、ベーチェット病等		〔 〕 ④ 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、ループス腎炎、多発性筋炎・皮膚筋炎、ベーチェット病等		
具体的な治療内容（使用した薬剤・レジメン等）※2		〔 〕		
事業の対象となる原疾患治療を開始した日又は開始予定日		年 月 日		
生殖機能温存療法実施医療機関名		()		
京都府がん患者等生殖機能温存療法等助成事業（生殖機能温存療法分）の申請回数		1 1回目の申請 2 2回目の申請 (1回目の申請は同一都道府県) 3 2回目の申請 (1回目の申請は他の都道府県) —都道府県名 ()		
(いずれかの番号に○を付けてください)				
生殖機能温存療法を実施するまでに行われたがん治療		1 1回目の申請 2 2回目の申請 (1回目の申請は同一都道府県) 3 2回目の申請 (1回目の申請は他の都道府県) —都道府県名 ()		
1 生殖機能温存療法を実施する前にがん治療を行っていない。		1 生殖機能温存療法を実施する前にがん治療を行っていない。		
2 生殖機能温存療法を実施する前にがん治療を行ったが、それによる生殖機能への影響は少ないと判断した。		2 生殖機能温存療法を実施する前にがん治療を行ったが、それによる生殖機能への影響は少ないと判断した。		
3 その他		3 その他		
()		()		
※1 原疾患名の欄には、がん等の診断名（例：悪性リンパ腫、再生不良性貧血など）を記載してください。		※1 原疾患名の欄には、がん等の診断名（例：悪性リンパ腫、再生不良性貧血など）を記載してください。		
※2 ○を付けた治療の内容がわかるよう、具体的に記載ください。		※2 ○を付けた治療の内容がわかるよう、具体的に記載ください。		

記載整備

国様式に従って修正

現行	改正	備考																																																																			
(新設)	【様式第5－2号】 様式第5－2号（原疾患治療実施医療機関において記載） 化学療法及び放射線治療による性腺毒性のリスク分類表（男性） <table><tr><th colspan="2">男性 (治療前にも無精子症になるリスク)</th><th>低リスク</th><th>中リスク</th><th>高リスク</th></tr><tr><td rowspan="10">化学療法</td><td>Cyclophosphamide equivalent dose (CED)</td><td>☐ <4,000 mg/m² ☐ <4,000 mg/m² : 約90%は精液所見正常</td><td>— —</td><td>☐ ≥4,000 mg/m² ≥4,000 mg/m² : 精子数低下 ≥12,000 mg/m² : 無精子症が頻発・永続</td></tr><tr><td>アルキル化薬</td><td colspan="3">CEDの項で該当箇所をチェックすること。</td></tr><tr><td>白金製剤</td><td></td><td>☐ CDDP <600 mg/m² ☐ CISDCA ☐ L-OHP</td><td>☐ CDDP >600 mg/m²</td></tr><tr><td>アントラサイクリン</td><td></td><td>☐ DXR ☐ IDR ☐ DNR ☐ MIT</td><td></td></tr><tr><td>代謝拮抗薬</td><td>☐ 6-MP ☐ MTX ☐ Flu</td><td>☐ Ara-C ☐ GEN</td><td></td></tr><tr><td>ビンカルカロイド</td><td>☐ VCR ☐ VBL</td><td></td><td></td></tr><tr><td>その他</td><td>☐ ETP ☐ BLM ☐ Act-D ☐ MMC</td><td></td><td></td></tr><tr><td>レジメン別</td><td>☐ ABVD ☐ CHOP ☐ COP</td><td>☐ BEP 2～4サイクル</td><td>☐ BEACOPP : >6サイクル 骨肉腫治療 ユーイング肉腫治療</td></tr><tr><td>化学療法＋放射線治療</td><td></td><td></td><td>☐ アルキル化薬＋骨髄照射 ☐ アルキル化薬＋精巣照射 ☐ TMZ＋頭蓋照射 ☐ BCNU＋頭蓋照射</td></tr><tr><td>造血幹細胞移植</td><td></td><td></td><td>☐ BU＋CPA ☐ Fluo＋L-PAM ☐ アルキル化薬＋全身照射</td></tr><tr><td rowspan="5">放射線治療</td><td></td><td colspan="2">☐ 放射性ヨウ素（I-131）</td><td></td></tr><tr><td>全身照射</td><td></td><td></td><td>☐ 実施あり</td></tr><tr><td>頭蓋照射</td><td></td><td></td><td>☐ ≥40 Gy</td></tr><tr><td>骨髄照射</td><td></td><td></td><td>☐ 実施あり</td></tr><tr><td>精巣照射</td><td>☐ <0.7 Gy</td><td>☐ 1～6 Gy</td><td>☐ 成人男性 >2.5 Gy ☐ 小児 ≥6 Gy</td></tr></table> （日本癌治療学会編 小児・AYA世代がん患者等の性腺性器に関する診療ガイドライン2024年12月改訂 第2版より一部改変）	男性 (治療前にも無精子症になるリスク)		低リスク	中リスク	高リスク	化学療法	Cyclophosphamide equivalent dose (CED)	☐ <4,000 mg/m ² ☐ <4,000 mg/m ² : 約90%は精液所見正常	— —	☐ ≥4,000 mg/m ² ≥4,000 mg/m ² : 精子数低下 ≥12,000 mg/m ² : 無精子症が頻発・永続	アルキル化薬	CEDの項で該当箇所をチェックすること。			白金製剤		☐ CDDP <600 mg/m ² ☐ CISDCA ☐ L-OHP	☐ CDDP >600 mg/m ²	アントラサイクリン		☐ DXR ☐ IDR ☐ DNR ☐ MIT		代謝拮抗薬	☐ 6-MP ☐ MTX ☐ Flu	☐ Ara-C ☐ GEN		ビンカルカロイド	☐ VCR ☐ VBL			その他	☐ ETP ☐ BLM ☐ Act-D ☐ MMC			レジメン別	☐ ABVD ☐ CHOP ☐ COP	☐ BEP 2～4サイクル	☐ BEACOPP : >6サイクル 骨肉腫治療 ユーイング肉腫治療	化学療法＋放射線治療			☐ アルキル化薬＋骨髄照射 ☐ アルキル化薬＋精巣照射 ☐ TMZ＋頭蓋照射 ☐ BCNU＋頭蓋照射	造血幹細胞移植			☐ BU＋CPA ☐ Fluo＋L-PAM ☐ アルキル化薬＋全身照射	放射線治療		☐ 放射性ヨウ素（I-131）			全身照射			☐ 実施あり	頭蓋照射			☐ ≥40 Gy	骨髄照射			☐ 実施あり	精巣照射	☐ <0.7 Gy	☐ 1～6 Gy	☐ 成人男性 >2.5 Gy ☐ 小児 ≥6 Gy	国様式に従って修正 国様式新設に従って新設
男性 (治療前にも無精子症になるリスク)		低リスク	中リスク	高リスク																																																																	
化学療法	Cyclophosphamide equivalent dose (CED)	☐ <4,000 mg/m ² ☐ <4,000 mg/m ² : 約90%は精液所見正常	— —	☐ ≥4,000 mg/m ² ≥4,000 mg/m ² : 精子数低下 ≥12,000 mg/m ² : 無精子症が頻発・永続																																																																	
	アルキル化薬	CEDの項で該当箇所をチェックすること。																																																																			
	白金製剤		☐ CDDP <600 mg/m ² ☐ CISDCA ☐ L-OHP	☐ CDDP >600 mg/m ²																																																																	
	アントラサイクリン		☐ DXR ☐ IDR ☐ DNR ☐ MIT																																																																		
	代謝拮抗薬	☐ 6-MP ☐ MTX ☐ Flu	☐ Ara-C ☐ GEN																																																																		
	ビンカルカロイド	☐ VCR ☐ VBL																																																																			
	その他	☐ ETP ☐ BLM ☐ Act-D ☐ MMC																																																																			
	レジメン別	☐ ABVD ☐ CHOP ☐ COP	☐ BEP 2～4サイクル	☐ BEACOPP : >6サイクル 骨肉腫治療 ユーイング肉腫治療																																																																	
	化学療法＋放射線治療			☐ アルキル化薬＋骨髄照射 ☐ アルキル化薬＋精巣照射 ☐ TMZ＋頭蓋照射 ☐ BCNU＋頭蓋照射																																																																	
	造血幹細胞移植			☐ BU＋CPA ☐ Fluo＋L-PAM ☐ アルキル化薬＋全身照射																																																																	
放射線治療		☐ 放射性ヨウ素（I-131）																																																																			
	全身照射			☐ 実施あり																																																																	
	頭蓋照射			☐ ≥40 Gy																																																																	
	骨髄照射			☐ 実施あり																																																																	
	精巣照射	☐ <0.7 Gy	☐ 1～6 Gy	☐ 成人男性 >2.5 Gy ☐ 小児 ≥6 Gy																																																																	

現行

改正

備考

様式第5-2号（原疾患治療実施医療機関において記載）

化学療法及び放射線治療による性腺毒性のリスク分類表（女性）

女性 （治療による性腺毒性（GDI）リスク）		P01リスク 「低」	P01リスク 「中」	P01リスク 「高」
Cyclophosphamide equivalent dose (CED)		☐ <4,000 mg/m ²	☐ 4,000～8,000 mg/m ²	☐ >8,000 mg/m ²
		思育期前（月経未来）の場合には以下の範囲となる。初対症しばらくは明確な線引きが困難。		
		☐ <8,000 mg/m ²	☐ 8,000～12,000 mg/m ²	☐ >12,000 mg/m ²
化学療法 薬剤別	アルキル化薬	CEDの項で該当箇所にチェックすること。		
	白金製剤		☐ CDDP<600 mg/m ² ☐ CDDCA	☐ CDDP>600 mg/m ²
	代謝拮抗薬	☐ Ara-C ☐ NTX ☐ GEM ☐ 6-MP		
	ビンカアルカロイド	☐ VCR		
	モノクローナル抗体	☐ Bmab		
	AC/ECエタキサン	☐ AC×4サイクル (40歳未満) ☐ AC/EC×4サイクル →タキサン (35歳未満)	☐ AC×4サイクル (40歳以上) ☐ AC/EC×4サイクル →タキサン (35歳以上)	
	CMF, CEF, CAF, TAC	☐ CMF ☐ CEF ☐ CAF ☐ TAC 6サイクル (30歳未満)	☐ CMF ☐ CEF ☐ CAF ☐ TAC 6サイクル (30～39歳)	☐ CMF ☐ CEF ☐ CAF ☐ TAC 6サイクル (40歳以上)
	FOLFOLX	FOLFOLX (40歳未満)	FOLFOLX (40歳以上)	
	Escalated BEACOPP	Escalated BEACOPP 2サイクル (35歳未満)	Escalated BEACOPP 6-8サイクル (30歳未満)	Escalated BEACOPP 6-8サイクル (35歳以上)
	CHOP	CHOP 6サイクル (35歳未満)	CHOP 6サイクル (35歳以上)	
疾患別治療	Dose-adjusted EPOCH	Dose-adjusted EPOCH 6サイクル (35歳未満)	Dose-adjusted EPOCH 6サイクル (35歳以上)	
	その他	☐ ABVD ☐ CVP ☐ BEP ☐ EP (30歳未満)		
	疾患別治療	☐ 急性骨髄性白血病治療 ☐ 急性リンパ性白血病治療		☐ 骨髄腫治療 ☐ ユーイング肉腫治療
	化学療法＋放射線治療			☐ TAC＋頭頸部照射 ☐ BCNU＋頭頸部照射 ☐ アルキル化薬＋骨髄腫照射
	造血幹細胞移植			☐ ①Ara-CT-L-TPMを含むレジメン 全身照射を含むレジメン
	放射線治療	☐ 放射線30Gy (1-131)		☐ 頭頸部照射 >40 Gy
			☐ 腹部／骨盤（思育期前） 10～<15 Gy ☐ 腹部／骨盤（思育期以降） 5～<10 Gy	☐ 腹部／骨盤（思育期前） ≥15 Gy ☐ 腹部／骨盤（思育期以降） ≥10 Gy ☐ 腹部／骨盤（成人女性） >6 Gy

（日本臨床化学療法学会 小児・AYA世代がん患者等の性腺毒性リスクに関する診療ガイドライン2024年12月改訂 第2版より一部改変）

現行

【様式第6号】

様式第6号

京都府がん患者等生腫瘍能温療法等助成事業に係る領収金額内訳証明書
(生腫瘍能温療法実施医療機関の連携機関)

京都府がん患者等生腫瘍能温療法等助成事業実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、生腫瘍能温療法実施医療機関の指導に基づく生腫瘍能温療法の一部を（※1）を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

診療科

担当医師 氏名

(白書)

生腫瘍能温療法を受けた者	ふりがな					
	氏名					
	生年月日 （西暦等）	年	月	日生	男・女	
生腫瘍能温療法を受ける患者の紹介を受けた生腫瘍能温療法指定医療機関名と当該医師名		医療機関の名称（ ） 担当主治医の氏名（ ）				
徴収金額合計 ※2	円（内訳は以下のとおり）					
徴収金額内訳	項目	費 用				
		円				
		円				
		円				
		円				
		円				
備考						

治療期間
年 月 日～ 年 月 日

徴収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	— —

- ※1 生腫瘍能温療法が低下する又は失う恐れのある原疾患治療に際して嚥下、嚥下又は栄養経路を確保し、これを維持保存するまでの一連の医療行為、若しくは嚥下を採取し、これを受容させ、肛（受容部）を連結保存するまでの一連の医療行為のこと。
- ※2 助成の対象となる費用は、生腫瘍能温療法及び初回の連結保存に要した費用に限るものとし、入院費（看護ベッド代等）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用及び初回の連結保存費用を除く連結保存の維持に係る費用は対象外です。

改正

【様式第6号】

様式第6号

令和7年改正様式

京都府がん患者等生腫瘍能温療法等助成事業に係る領収金額内訳証明書
(生腫瘍能温療法実施医療機関の連携機関)

京都府がん患者等生腫瘍能温療法等助成事業実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、生腫瘍能温療法実施医療機関の指導に基づく生腫瘍能温療法（※1）の一部を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

診療科

担当医師 氏名

(白書)

生腫瘍能温療法を受けた者	ふりがな					
	氏名					
	生年月日 （西暦等）	年	月	日生	男・女	
生腫瘍能温療法を受ける患者の紹介を受けた生腫瘍能温療法指定医療機関名と当該医師名		医療機関の名称（ ） 担当主治医の氏名（ ）				
徴収金額合計 ※2	円（内訳は以下のとおり）					
徴収金額内訳	項目	費 用				
		円				
		円				
		円				
		円				
		円				
備考						

治療期間
年 月 日～ 年 月 日

徴収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	— —

- ※1 生腫瘍能温療法が低下する又は失う恐れのある原疾患治療に際して嚥下、嚥下又は栄養経路を確保し、これを維持保存するまでの一連の医療行為、若しくは嚥下を採取し、これを受容させ、肛（受容部）を連結保存するまでの一連の医療行為のこと。
- ※2 助成の対象となる費用は、生腫瘍能温療法及び初回の連結保存に要した費用に限るものとし、入院費（看護ベッド代等）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用及び初回の連結保存費用を除く連結保存の維持に係る費用は対象外です。

記載整備

現行	改正	備考
【様式第7号】（略） 【様式第8号】（略）	【様式第7号】（略） 【様式第8号】（略）	

現行

【様式第9号】

様式第9号（表面）
京都府知事 様

令和5年改正様式

京都府がん患者等温存後生殖補助医療助成申請書

受 取 者	氏名				
	生年月日	年	月	日生	
	住所	〒			
	電話番号	患者アプリ番号(12桁) ※原則必須。登録できない場合、下欄に理由を記載			
	患者アプリ番号を 記載できない理由				
夫*	氏名	生年月日	年	月	日生
妻*	氏名	生年月日	年	月	日生

※受取者と同じであれば記入不要

過去に本事業（温存後生殖補助医療分）の助成の有無		1 ない 2 ある — 自身が過去（ ）回受けた ある — パートナーが過去（ ）回受けた （過去の助成を受けた都道府県： ）
振込先 指定口座	フリガナ	
	口座名義	
	金融機関名	店頭名
	口座種別	口座番号
十分な説明を受け理解したうえで、本事業の趣旨を理解し、温存後生殖補助医療を受けたので、必要書類を添えて申請します。また、以下の事項について同意します。（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。）		
・本事業の趣旨を理解し、小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法に関する研究促進事業実施のために日本がん・生殖医療学会に対して自身の臨床情報及び助成実績等に関する情報を提供すること。また、日本がん・生殖医療学会が妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療に係る研究を適切に行えと認める者に対して、当該の情報を提供すること。 ・助成の可否を判断するため、京都府が必要に応じ、関係医療機関に照会すること。 ・助成の適正を判断するために必要な場合、治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会を行うこと及び本事業の助成状況について他の都道府県へ照会及び提供をすること。		
年 月 日	申請者氏名（自署）：	
申請額：		
助成決定金額		円
※この欄は府において記載します。		

添 付 書 類	チェック欄
(1) 京都府がん患者等生殖機能温存療法に係る温存後生殖補助医療助成事業説明書（様式第10号） 温存後生殖補助医療を実施した医療機関において記載	☐
(2) 温存後生殖補助医療に係る領収金領内訳証明書（様式第11号）	☐
(3) 夫婦であることを証明できる書類（戸籍謄本等）	☐
(4) 申請時に京都府に住所を有し、温存後生殖補助医療に係る治療開始日において妻の年齢が満43歳未満であることが確認できる書類（夫・妻の住民票の写し等）	☐

改正

【様式第9号】

様式第9号（表面）
京都府知事 様

令和7年改正様式

京都府がん患者等温存後生殖補助医療助成申請書

受 取 者	氏名				
	生年月日	年	月	日生	
	住所	〒			
	電話番号	患者アプリ番号(12桁) ※原則必須。登録できない場合、理由を記載			
夫*	氏名	生年月日	年	月	日生
妻*	氏名	生年月日	年	月	日生

※受取者と同じであれば記入不要

過去にがん患者等生殖機能温存療法助成事業における生殖機能温存療法（温存後）の助成を受けたことがありますか		1 いいい 2 は い（助成を受けた都道府県： ）
過去に京都府から助成を受けた方は、様式第5号-1及び第5号-2の提出は省略可能です		
過去に温存後生殖補助医療の助成を受けたことがありますか		1 ない 2 ある ・自身が過去（ ）回受けた ・配偶者（事実婚を含む）が過去（ ）回受けた （助成を受けた都道府県： ）
振込先 指定口座	フリガナ	
	口座名義	
	金融機関名	店頭名
	口座種別	口座番号
十分な説明を受け理解したうえで、本事業の趣旨を理解し、温存後生殖補助医療を受けたので、必要書類を添えて申請します。また、以下の事項について同意します。（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。）		
・本事業の趣旨を理解し、小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法に関する研究促進事業実施のために日本がん・生殖医療学会に対して自身の臨床情報及び助成実績等に関する情報を提供すること。また、日本がん・生殖医療学会が妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療に係る研究を適切に行えと認める者に対して、当該の情報を提供すること。 ・助成の可否を判断するため、京都府が必要に応じ、関係医療機関に照会すること。 ・助成の適正を判断するために必要な場合、治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会を行うこと及び本事業の助成状況について他の都道府県へ照会及び提供をすること。		
年 月 日	申請者氏名（自署）：	
申請額：		
助成決定金額		円
※この欄は府において記載します。		

添 付 書 類	チェック欄
(1) 京都府がん患者等生殖機能温存療法に係る温存後生殖補助医療助成事業説明書（様式第10号） 温存後生殖補助医療を実施した医療機関において記載	☐
(2) 京都府がん患者等生殖機能温存療法に係る領収金領内訳証明書（様式第5-1号） ・化学療法および放射線治療による性腺機能低下のリスク評価表（様式第5-2号）	☐
(3) 温存後生殖補助医療に係る領収金領内訳証明書（様式第11号）※添付がある場合	☐
(4) 夫婦であることを証明できる書類（戸籍謄本等）	☐
(5) 申請時に京都府に住所を有し、温存後生殖補助医療に係る治療開始日において妻の年齢が満43歳未満であることが確認できる書類（夫・妻の住民票の写し等）	☐

記載整備
（生殖機能
温存療法の
助成は他都
道府県で受
けている場
合が考えら
れるため、
確認する項
目を記載）

国様式に従
って修正

現行

改正

備考

様式第9号（裏面）

○注意事項

- 1 助成決定金額は、京都府健康対策課（問い合わせ先と同じ）から文書で通知します。
- 2 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。
- 3 助成の対象は、生殖機能温存療法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保険適用外経費とし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等治療に直接関係のない費用は対象外とします。
- 4 助成金額は、凍結胚（受精卵）を用いた場合は10万円、凍結未授精卵子を用いた場合は25万円、凍結した卵巣組織再移植後の場合は30万円、凍結精子を用いた場合は30万円が上限となります。ただし、以前に凍結した胚を解冻した胚移植を実施する場合及び授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、人口授精を行う場合は1万円が上限となります。また、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となります。
- 5 本事業の対象となる費用について、他の制度に基づく助成を受けている場合は、本助成を受けることができません。また、自身とパートナー費法が事業参加要件を満たす場合でも、同じ費用についてそれぞれが別に助成を受けることは認められません。
- 6 助成対象の治療の一部を指定医療機関とは別の機関で実施し、当該医療機関に対して支払いを行った場合で、当該費用も含めて助成を求める場合は、治療と費用の内容が分かる領収書及び治療明細を提出してください。詳細の記載がない場合は、当該医療機関に様式第11号の発行を依頼してください。
- 7 医療機関によっては、様式第10号、第11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。
- 8 本事業に参加する方の生殖機能温存療法に関する診療情報は、医療機関を通じて、日本がん・生殖医療学会が管理・運用する「日本がん・生殖医療登録システム（JGFR）」に登録されます。また、データの登録状況の確認のため、日本がん・生殖医療学会が助成申請の内容と結果について各都道府県に対して照会を行うことがあります。日本がん・生殖医療学会は、本事業に係る研究を適切に行えと認める者に対し、上記の臨床情報・助成情報等のデータを提供することがあります。その際は、目的達成のため必要最小限の範囲で取り扱いを行い、個人の権利利益が不当に侵害されないよう、適切な処理を行います。
- 9 本事業は、生殖補助医療に要した費用を申請に基づき京都府が助成するものであり、がん治療及び生殖機能温存療法、またがん治療後の妊娠等、その医療内容について京都府が保証する、もしくは責任を負うものではありません。

申請方法

郵送の場合

宛先：〒602-8570 京都市上京区下立売通新町西入蛭ノ内町 京都府健康対策課
※ 封筒の表に「温存後生殖補助医療助成申請書在中」と朱書きしてください。

持参の場合

受付窓口：京都府健康福祉部健康対策課 がん対策係（府庁2号館3階）
受付時間：平日（月曜日から金曜日、祝祭日、年末年始を除く。）
午前8時30分～12時、午後1時～5時

問い合わせ先

京都府健康福祉部健康対策課がん対策係 電話：075-414-4766

様式第9号（裏面）

○注意事項

- 1 助成決定金額は、京都府健康対策課（問い合わせ先と同じ）から文書で通知します。
- 2 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。
- 3 助成の対象は、生殖機能温存療法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保険適用外経費とし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等治療に直接関係のない費用は対象外とします。
- 4 助成金額は、凍結胚（受精卵）を用いた場合は10万円、凍結未授精卵子を用いた場合は25万円、凍結した卵巣組織再移植後の場合は30万円、凍結精子を用いた場合は30万円が上限となります。ただし、以前に凍結した胚を解冻した胚移植を実施する場合及び授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、人口授精を行う場合は1万円が上限となります。また、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となります。
- 5 本事業の対象となる費用について、他の制度に基づく助成を受けている場合は、本助成を受けることができません。また、自身と配偶者（事実婚を含む）両方が事業参加要件を満たす場合でも、同じ費用についてそれぞれが別に助成を受けることは認められません。
- 6 助成対象の治療の一部を指定医療機関とは別の機関で実施し、当該医療機関に対して支払いを行った場合で、当該費用も含めて助成を求める場合は、治療と費用の内容が分かる領収書及び治療明細を提出してください。詳細の記載がない場合は、当該医療機関に様式第11号の発行を依頼してください。
- 7 医療機関によっては、様式第10号、様式第5号-1及び第5号-2、様式第11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。
- 8 本事業に参加する方の温存後生殖補助医療に関する診療情報は、医療機関を通じて、日本がん・生殖医療学会が管理・運用する「日本がん・生殖医療登録システム（JGFR）」に登録されます。また、データの登録状況の確認のため、日本がん・生殖医療学会が助成申請の内容と結果について各都道府県に対して照会を行うことがあります。日本がん・生殖医療学会は、本事業に係る研究を適切に行えと認める者に対し、上記の臨床情報・助成情報等のデータを提供することがあります。その際は、目的達成のため必要最小限の範囲で取り扱いを行い、個人の権利利益が不当に侵害されないよう、適切な処理を行います。
- 9 本事業は、生殖補助医療に要した費用を申請に基づき京都府が助成するものであり、がん治療及び生殖機能温存療法、またがん治療後の妊娠等、その医療内容について京都府が保証する、もしくは責任を負うものではありません。
- 10 過去に温存後生殖補助医療の助成を受けている場合や、2回目以降の申請の場合で、京都府に対し、様式第5号-1号及び第5号-2号を既に提出している場合、再度の提出は不要です。なお、原疾患治療実施医療機関による記載が困難な場合は、原疾患名、具体的な治療内容（使用した薬剤等）、治療時期、原疾患治療実施医療機関名が分かる資料を添付してください。

申請方法

郵送の場合

宛先：〒602-8570 京都市上京区下立売通新町西入蛭ノ内町 京都府健康対策課
※ 封筒の表に「温存後生殖補助医療助成申請書在中」と朱書きしてください。

持参の場合

受付窓口：京都府健康福祉部健康対策課 がん対策係（府庁2号館3階）
受付時間：平日（月曜日から金曜日、祝祭日、年末年始を除く。）
午前8時30分～12時、午後1時～5時

問い合わせ先

京都府健康福祉部健康対策課がん対策係 電話：075-414-4766

記載整備

国様式に従って修正

国様式に従って修正

現行

【様式第10号】

様式第10号（温存後生補助医療実施医療機関において記載）（表面）

令和5年改正様式

京都府がん患者等生殖機能温存療法に係る温存後生補助医療助成事業証明書

下記受療者について、京都府がん患者等生殖機能温存療法等助成事業で示す対象者要件を満たす者に対し、温存後生補助医療（※1）を実施し、下記のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

温存後生補助医療主治医氏名（自署）

医療機関記入欄（温存後生補助医療主治医がご記入ください）

温存後生補助医療の対象者（※2）	ふりがな	生年月日	年 月 日生
	氏 名	性 別	男 ・ 女
	患者アブリ番号	患者アブリ登録がない場合、その理由	
	配偶者（事実婚を含む）	ふりがな	生年月日
	氏 名	性 別	男 ・ 女
対象者は、過去に生殖機能温存療法の助成を受けたことがありますか。			
☐ ない ☐ ある ☐ 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（ ） 生殖機能温存療法実施医療機関名（ ）			
治療方法	I	助成対象となる治療は、生殖機能温存療法実施後に実施した次の治療です。該当する番号に○を付けてください。	生殖補助医療開始日（ 年 月 日）
		1 凍結した胚（受精卵）を用いた生補助医療	生殖補助医療終了日（ 年 月 日）
		2 凍結した未受精卵を用いた生補助医療	※上記実施日と同じ場合も記載してください。
		3 凍結した卵巣組織再移植後の生補助医療	備考（ ）
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○をつけてください。		
	1 以前に凍結した胚を解冻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		
III	I以外で他医療機関依頼、院外処方等がある場合はここに御記入ください。（※3）		
	他医療機関への依頼 あり ・ なし 院外処方 あり ・ なし		
	医療機関名（ ）		
	依頼内容（ ）		
	上記の治療費について、今回の領収金額に 含む ・ 含まない		
領収金額合計		円（内訳は裏面のとおり）	
備考			

- ※1 生殖機能温存療法により凍結した胚体を用いた生補助医療又は凍結した胚体の再移植後に実施した生補助医療のこと
- ※2 生殖機能温存療法を受け、生補助医療に用いた凍結胚体の提供者又は凍結胚体を再移植した方の氏名を記載すること。
- ※3 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、その内容を直に記載してください。一連の治療に係る費用として、本領収金額以外の追加の費用申請が対象者からあった場合、直に記載が認められない内容は助成対象外となる可能性があります。

改正

【様式第10号】

様式第10号（表面）

令和7年改正様式

京都府がん患者等生殖機能温存療法に係る温存後生補助医療助成事業証明書

下記受療者について、京都府がん患者等生殖機能温存療法等助成事業で示す対象者要件を満たす者に対し、温存後生補助医療（※1）を実施し、下記のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

温存後生補助医療主治医氏名（自署）

医療機関記入欄（温存後生補助医療主治医がご記入ください）

温存後生補助医療の対象者（※2）	ふりがな	生年月日	年 月 日生
	氏 名	性 別	男 ・ 女
	患者アブリ番号	患者アブリ登録がない場合、その理由	
	配偶者（事実婚を含む）	ふりがな	生年月日
	氏 名	性 別	男 ・ 女
対象者又は配偶者は、過去に温存後生補助医療の助成を受けたことがありますか。			
☐ ない ☐ ある ☐ 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（ ） 温存後生補助医療実施医療機関（ ）			
対象者は、過去に生殖機能温存療法の助成を受けたことがありますか。			
☐ ない ☐ ある （助成を受けたことがある場合） 助成を受けた都道府県名（ ） 生殖機能温存療法実施医療機関名（ ）			
治療方法	I	助成対象となる治療は、生殖機能温存療法実施後に実施した次の治療です。該当する番号に○を付けてください。	生殖補助医療開始日（ 年 月 日）
		1 凍結した胚（受精卵）を用いた生補助医療	生殖補助医療終了日（ 年 月 日）
		2 凍結した未受精卵を用いた生補助医療	※上記実施日と同じ場合も記載してください。
		3 凍結した卵巣組織再移植後の生補助医療	備考（ ）
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○を付けてください。		
	1 以前に凍結した胚を解冻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		
III	I以外で他医療機関依頼、院外処方等がある場合はここに御記入ください。（※3）		
	他医療機関への依頼 あり ・ なし 院外処方 あり ・ なし		
	医療機関名（ ）		
	依頼内容（ ）		
	上記の治療費について、今回の領収金額に 含む ・ 含まない		
領収金額合計		円（内訳は裏面のとおり）	
備考			

- ※1 生殖機能温存療法により凍結した胚体を用いた生補助医療又は凍結した胚体の再移植後に実施した生補助医療のこと
- ※2 生殖機能温存療法を受け、生補助医療に用いた凍結胚体の提供者又は凍結胚体を再移植した方の氏名を記載すること。
- ※3 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、その内容を直に記載してください。一連の治療に係る費用として、本領収金額以外の追加の費用申請が対象者からあった場合、直に記載が認められない内容は助成対象外となる可能性があります。

備考

国様式に従って修正

記載整備
（要件確認のため追記）

記載整備

現行

様式第 10 号（温存後生殖補助医療実施医療機関において記載）（裏面）
領収金 内訳明細書

項目	費用
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
合計	円

領収金額に関する照会先	担当部署： 担当者名： 連絡先電話番号：
-------------	----------------------------

- 治療毎の 1 回あたりの助成上限額の詳細については別紙 1 を参照してください。
- 助成対象となる費用のみを計上してください。
助成対象経費は、生殖機能温存療法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、文書料等治療に直接関係のない費用は対象外とします。
また、温存後生殖補助医療における主たる治療を医療保険適用で実施している場合における先進医療等における自己負担部分は対象外とします。
- 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。
- 本証明書を発行する医療機関が領収した金額のみを記入してください。一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、その治療費用は当該医療機関からの証明書等を患者本人に提出いただくことにより、別途確認を行いますので本証明書には記載不要です。

改正

様式第 10 号（裏面）

領収金 内訳明細書

項目	費用
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
合計	円

領収金額に関する照会先	担当部署： 担当者名： 連絡先電話番号：
-------------	----------------------------

- 治療毎の 1 回あたりの助成上限額の詳細については別紙を参照の上、該当するものに○を記載してください。
- 助成対象となる費用のみを計上してください。
助成対象経費は、生殖機能温存療法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、文書料等治療に直接関係のない費用は対象外とします。
また、温存後生殖補助医療における主たる治療を医療保険適用で実施している場合における先進医療等における自己負担部分は対象外とします。
- 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。
- 本証明書を発行する医療機関が領収した金額のみを記入してください。一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、その治療費用は当該医療機関からの証明書等を患者本人に提出いただくことにより、別途確認を行いますので本証明書には記載不要です

備考

記載整備
（要件確認
のため追
記）

現行

改正

備考

4-3-11 2014.12.11 (수요일) 1월 2주 목요일

4-1 / 21 學研(小學)學習電子地圖的學習研究

[illegible]

表 1-1 2017 年度「民生改善」重点工作的主要进展情况									
序号	项目名称	责任单位	计划完成时间	实际完成时间	进展情况	主要成效			
						完成数量	完成质量	完成效率	完成效果
1	民生保障工程	市住建局	2017.12.31	2017.12.31	完成	100%	100%	100%	100%
2	民生保障工程	市住建局	2017.12.31	2017.12.31	完成	100%	100%	100%	100%
3	民生保障工程	市住建局	2017.12.31	2017.12.31	完成	100%	100%	100%	100%
4	民生保障工程	市住建局	2017.12.31	2017.12.31	完成	100%	100%	100%	100%
5	民生保障工程	市住建局	2017.12.31	2017.12.31	完成	100%	100%	100%	100%
6	民生保障工程	市住建局	2017.12.31	2017.12.31	完成	100%	100%	100%	100%
7	民生保障工程	市住建局	2017.12.31	2017.12.31	完成	100%	100%	100%	100%
8	民生保障工程	市住建局	2017.12.31	2017.12.31	完成	100%	100%	100%	100%
9	民生保障工程	市住建局	2017.12.31	2017.12.31	完成	100%	100%	100%	100%
10	民生保障工程	市住建局	2017.12.31	2017.12.31	完成	100%	100%	100%	100%
11	民生保障工程	市住建局	2017.12.31	2017.12.31	完成	100%	100%	100%	100%
12	民生保障工程	市住建局	2017.12.31	2017.12.31	完成	100%	100%	100%	100%
13	民生保障工程	市住建局	2017.12.31	2017.12.31	完成	100%	100%	100%	100%
14	民生保障工程	市住建局	2017.12.31	2017.12.31	完成	100%	100%	100%	100%
15	民生保障工程	市住建局	2017.12.31	2017.12.31	完成	100%	100%	100%	100%
16	民生保障工程	市住建局	2017.12.31	2017.12.31	完成	100%	100%	100%	100%
17	民生保障工程	市住建局	2017.12.31	2017.12.31	完成	100%	100%	100%	100%
18	民生保障工程	市住建局	2017.12.31	2017.12.31	完成	100%	100%	100%	100%
19	民生保障工程	市住建局	2017.12.31	2017.12.31	完成	100%	100%	100%	100%
20	民生保障工程	市住建局	2017.12.31	2017.12.31	完成	100%	100%	100%	100%

お話をすしめるところで閉鎖して行くわい。

	主理人姓名	职位/职称	所属部门	联系电话	电子邮箱
	(请填写您的姓名)				

[illegible]

表 2-2-1 2017年度「ふるさと納税」の概要									
項目	単位	2017年度		2016年度	増減	前年度		2017年度	
		金額	件数			金額	件数	金額	件数
1. 総額	円	1,000,000	100	800,000	200,000	80	70	1,000,000	100
2. うち、ふるさと納税	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
3. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
4. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
5. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
6. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
7. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
8. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
9. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
10. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
11. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
12. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
13. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
14. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
15. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
16. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
17. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
18. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
19. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
20. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
21. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
22. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
23. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
24. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
25. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
26. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
27. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
28. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
29. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
30. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
31. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
32. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
33. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
34. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
35. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
36. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
37. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
38. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
39. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
40. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
41. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
42. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
43. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
44. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
45. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
46. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
47. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
48. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
49. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
50. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
51. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
52. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
53. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
54. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
55. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
56. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
57. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
58. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
59. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
60. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
61. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
62. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
63. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
64. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
65. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
66. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
67. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
68. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
69. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
70. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
71. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
72. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
73. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
74. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
75. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
76. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
77. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
78. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
79. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
80. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
81. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
82. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
83. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
84. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
85. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
86. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
87. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
88. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
89. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
90. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
91. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
92. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
93. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
94. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
95. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
96. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
97. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
98. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
99. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
100. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
101. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
102. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
103. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
104. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
105. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
106. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
107. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
108. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
109. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
110. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
111. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
112. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
113. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
114. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
115. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
116. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
117. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600,000	200,000	60	50	800,000	80
118. うち、ふるさと納税の総額	円	800,000	80	600					

様式整備
(該当治療
をより明確
に把握する
ため)

現行

【様式第11号】

様式第11号

京都府がん患者等生体機能温存療法等助成事業に係る領収金額内訳証明書
(温存療法補助医療実施医療機関の連携機関)

京都府がん患者等生体機能温存療法等助成事業実施医療機関で示す対象者条件を満たす者に対し、温存療法補助医療実施医療機関の指導に基づく温存療法補助医療（※1）の一部を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地
医療機関の名称
診療科
担当医師 氏名

(印鑑)

温存療法補助医療を受けた者	ふりがな				
	氏名				
	生年月日・性別等	年	月	日生	男・女
温存療法補助医療を受ける患者の紹介を受けた温存療法補助医療指定医療機関と当該医師名		医療機関の名称（ 京都市立病院の氏名（ ）			
領収金額合計 ※2	円（内訳は以下のとおり）				
領収金額内訳	項目	費用			
		円			
		円			
		円			
		円			
		円			
備考					

治療期間
年 月 日～ 年 月 日

領収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	— —

※1 生体機能温存療法により凍結した検体を用いた生体補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生体補助医療のこと。

※2 助成の対象となる治療費は、生体機能温存療法により凍結した検体を用いた生体補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生体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。ただし、入院費料（重症ベッド代等）、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。

改正

【様式第 11 号】

様式第11号

令和7年改正様式

京都府がん患者等生体機能温存療法等助成事業に係る領収金額内訳証明書
(温存療法補助医療実施医療機関の連携機関)

京都府がん患者等生体機能温存療法等助成事業実施医療機関で示す対象者条件を満たす者に対し、温存療法補助医療実施医療機関の指導に基づく温存療法補助医療（※1）の一部を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地
医療機関の名称
診療科
担当医師 氏名

(印鑑)

温存療法補助医療を受けた者	ふりがな				
	氏名				
	生年月日・性別等	年	月	日生	男・女
温存療法補助医療を受ける患者の紹介を受けた温存療法補助医療指定医療機関と当該医師名		医療機関の名称（ 京都市立病院の氏名（ ）			
領収金額合計 ※2	円（内訳は以下のとおり）				
領収金額内訳	項目	費用			
		円			
		円			
		円			
		円			
		円			
備考					

治療期間
年 月 日～ 年 月 日

領収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	— —

※1 生体機能温存療法により凍結した検体を用いた生体補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生体補助医療のこと。

※2 助成の対象となる治療費は、生体機能温存療法により凍結した検体を用いた生体補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生体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。ただし、入院費料（重症ベッド代等）、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。

記載整備

現行	改正	備考
【様式第12号】（略） 【生殖機能温存療法についての同意書】（略）	【様式第 12 号】（略） 【生殖機能温存療法についての同意書】（略）	