

浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付要綱

(目的)

第1条 浜松市は、将来子どもを産み育てることを望むがん患者の経済的負担の軽減を図るため、妊孕性温存治療に要する費用の一部について、予算の範囲内で補助金を交付するものとし、その交付に関しては、浜松市補助金等交付規則(昭和55年3月31日浜松市規則第17号。以下「規則」という。)及び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、それぞれ当該各号に定めるところによる。

(1) 妊孕性温存治療

生殖機能が低下する又は失う可能性のあるがん治療に関して精子、卵子又は卵巣組織を採取し凍結保存するまでの一連の医療行為、又は卵子を採取し受精させ、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) 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 2017年版」(一般社団法人日本癌治療学会編)をいう。

(3) 保険適用外

医療を受けるにあたり、医療保険各法の規定による医療に関する給付を受けることができず、その費用が全額自己負担となる場合をいう。

(4) 妊孕性温存治療開始日

精子、卵子又は卵巣組織の採取のために治療を開始した日をいう。

(補助対象者)

第3条 補助金の交付対象となる者(以下「補助対象者」という。)は、次の各号に掲げる要件を全て満たす者のうち市税を完納している者とする。

(1) 妊孕性温存治療開始日から交付申請日までの間において市内に住所を有する者

(2) ガイドラインに基づき、がん治療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医師に診断された者

(3) 妊孕性温存治療開始日における年齢が40歳未満の者

(4) この要綱に基づく補助金(以下「本補助金」という。)の交付対象となる妊孕性温存治療について、浜松市不妊に悩む方への特定治療支援事業費補助金交付要綱に基づく補助金、他の地方公共団体が実施する特定不妊治療費にかかる補助金など本補助金以外の補助、助成等を受けていない者又は受ける予定のない者

(5) 県内他市町及び県外の地方公共団体が実施する若年がん患者を対象とした妊孕性温存治療にかかる助成、補助等を過去及び現在において受けていない者

(6) 別表に定める医療機関において妊孕性温存治療を受けた者

(補助対象経費)

第4条 補助の対象となる経費(以下「補助対象経費」という。)は、妊孕性温存治療に要する費用とし、治療に要する費用(初回の保存に要する費用を含む。)に限るものであること。また、当該費用が保険適用外となる場合に限るものとする。

2 前項で定める補助対象経費には、入院費、入院時の食事代等治療に直接関係のない費用及び凍結保存の維持（2回目以降）に係る費用を含まないものとする。

3 第1項で定める治療に要する費用には、患者の状態により医師の判断で妊孕性温存治療を中止した場合、それまでに要した費用を含めることができるものとする。

（補助金の交付額等）

第5条 補助金の交付額は、前条に定める補助対象経費の2分の1以内において市長が定める額とし、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める金額を限度とする。ただし、補助対象者1人につき1回を限度とする。

(1) 精子の採取凍結 2万円

(2) 卵子若しくは卵巣組織の採取凍結又は卵子を採取し受精させた胚（受精卵）の凍結 40万円

（補助の申請）

第6条 補助対象者で補助金の交付を受けようとする者（補助対象者が未成年である場合はその法定代理人。）（以下「申請者」という。）は、妊孕性温存治療終了後、妊孕性温存治療費補助金交付申請書（様式第1号）により、次の書類を添え、市長に申請しなければならない。

(1) 若年がん患者妊孕性温存治療に関する妊孕性温存治療主治医証明書（様式第2号）及び若年がん患者妊孕性温存治療に関するがん治療主治医証明書（様式第3号）

(2) 補助の対象となる妊孕性温存治療費の領収書

(3) 市税納付・納入確認同意書（様式第4号）

(4) 暴力団排除に関する誓約書（様式第5号）

(5) その他市長が必要と認める書類

2 前項の申請期限については、次のとおり取り扱うものとする。

(1) 4月から12月までの間に補助対象の妊孕性温存治療が終了した場合 治療終了日の属する年度内

(2) 1月から3月までの間に補助対象の妊孕性温存治療が終了した場合 治療終了日の翌日から起算して90日を経過した日まで

3 市長は、申請を受け付けた日を基準に、補助対象年度を判定するものとする。

（交付決定等）

第7条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、速やかに費用の補助の可否を決定するとともに、交付を決定したときは若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付通知書（決定及び確定）（様式第6号）により、不交付を決定したときは若年がん患者妊孕性温存治療費補助金の交付を行わない旨の通知書（様式第7号）により通知するものとする。

（請求手続）

第8条 申請者は、前条の規定により交付の決定及び確定を受けたときは、速やかに若年がん患者妊孕性温存治療費補助金請求書（様式第8号）を市長に提出するものとする。

（補助金の返還）

第9条 市長は、虚偽の申請その他不正な手段により、補助金の交付を受けた者があるときは、その者に対し、交付した補助金の全部又は一部を返還させることができる。

（その他）

第10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

- 1 この要綱は、令和2年4月1日から施行し、令和2年度末までの補助金に適用する。
- 2 この要綱は、令和2年4月1日以後に終了した妊孕性温存治療から適用する。

別表（第3条関係）

妊孕性温存治療の内容	医療機関
精子の採取凍結	がん治療又は温存治療の担当医師から紹介を受けた医療機関
卵子、卵巢組織の採取凍結又は卵子の採取及び胚（受精卵）の凍結	静岡県特定不妊治療費補助事業実施要領（平成16年4月1日付け子家第170号静岡県健康福祉部長通知）に基づき静岡県知事が指定する医療機関のうち、公益社団法人日本産科婦人科学会の医学的適応による未受精卵子、胚（受精卵）及び卵巢組織の凍結・保存に関する見解に準じて妊孕性温存治療を行う医療機関

(表)

様式第1号

(あて先) 浜松市長

妊孕性温存治療費補助金交付申請書

若年がん患者妊孕性温存治療費補助金の交付を受けたいので、浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、補助の適性、補助金額等を判断するため、浜松市職員が下記の行為を行うことに同意します。

- ・申請者及び妊孕性温存治療を受けた者の住民基本台帳等の公簿を閲覧すること
- ・特定不妊治療、一般不妊治療などにかかる他の助成制度の受給状況について照会すること
- ・妊孕性温存治療を行った医療機関等に対して治療内容等の照会をすること

太枠内を御記入ください。治療を受けた者が未成年の場合は、申請者は法定代理人となります。

申請者	ふりがな		治療を受けた者との関係
	氏名		
	生年月日 性別	年 月 日	男 ・ 女
	住所 電話番号	〒 (自宅・携帯・その他())	- -
妊孕性温 存治療を 受けた者 (申請者と 同じであ れば記入 不要)	ふりがな		
	氏名		
	生年月日 性別	年 月 日	男 ・ 女
	住所 電話番号	〒 (自宅・携帯・その他())	- -
過去に県内他市町又は県外の地方公共団体が実施するがん患者を対象とした妊孕性温存治療にかかる助成、補助等を受けたことがありますか			はい ・ いいえ (はいの場合 自治体名:)
今回の妊孕性温存治療について、「浜松市不妊に悩む方への特定不妊治療支援事業費補助金交付要綱に基づく補助金」、他の地方公共団体が実施する特定不妊治療費にかかる補助など本事業以外の補助等を受ける予定(又は申請済み)はありますか。 この要綱に基づく補助金の交付対象となる妊孕性温存治療について、本事業以外の補助、助成等を受ける予定の(受けた)場合は併用できません。			はい ・ いいえ
主治医から妊孕性温存治療について十分な説明を受け、理解した上で、妊孕性温存治療を受けましたので、裏面の注意事項を理解の上、必要書類を添えて申請します。 また、浜松市補助金交付規則(昭和55年浜松市規則第17号。以下「規則」という。)及び浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付要綱の関係規定を順守します。 年 月 日 申請者氏名: _____ 申請額: _____ 円			

(裏)

(添付書類)

1. 妊孕性温存治療医用証明書(様式第2号)及びがん治療医用証明書(様式第3号)
2. 市税納付・納入確認同意書(様式第4号)及び暴力団排除に関する誓約書(様式第5号)
3. 当該申請に係る温存治療に要する費用の額が分かる医療機関が発行した領収書

注意事項

補助金交付の可否は、文書で通知します。

書類に不備がある場合、補助金を交付できないことがありますので、ご注意ください。

補助の対象は、妊孕性温存治療に要した費用(初回の保存料を含む。)とし、当該費用が医療保険適用外となる場合に限ります。また、入院費、入院時の食費等、温存治療に直接関係のない費用及び凍結保存の維持(2回目以降)に係る費用は、対象外とします。

補助対象経費は、妊孕性温存治療に要する費用のうち以下のとおりとし、補助金の交付額は、下表の補助上限金額を限度とし、補助対象経費の2分の1に相当する額の範囲内において市長が定める額とします。また、申請は、**1人につき1回限り**です。各治療を重複して申請することはできません。

妊孕性温存治療の内容		補助上限金額
女性	卵子、卵巣組織の採取凍結又は卵子の採取、胚(受精卵)の凍結	40万円
男性	精子の採取凍結	2万円

医療機関によっては、様式第2号、様式第3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(本事業の補助対象外)。

この要綱に基づく補助金の交付対象となる妊孕性温存治療について、浜松市不妊に悩む方への特定治療支援事業費補助金交付要綱に基づく補助及び他の地方公共団体が実施する特定不妊治療費にかかる補助など本事業以外の補助、助成等を受ける場合は、併用はできません。

また、県内他市町及び県外の地方公共団体が実施する若年がん患者を対象とした妊孕性温存治療にかかる助成、補助等を過去及び現在において受けている場合も、併用はできません。

本事業は、妊孕性温存治療に要する費用を申請に基づき浜松市が補助するものであり、がん治療及び妊孕性温存治療、妊孕性温存治療後の妊娠等、その医療の内容について浜松市が保証し、又は責任を負うものではありません。

個人情報の取扱いについて

得られた個人情報は、補助金の交付事務以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。

なお、個人情報を加工した匿名加工情報として、静岡県や浜松市のがん対策の推進に必要な用途(施策の立案や調査及び分析等)に活用することがあります。

申請方法

郵送の場合:(簡易書留等、必ず記録が残る方法で送付してください。)

宛先:〒432-8550 浜松市鴨江二丁目11-2 浜松市健康福祉部健康医療課

持参の場合:

受付窓口:浜松市健康福祉部健康医療課(浜松市保健所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15分

問合せ先

郵送、持参いずれの場合も、事前に電話にて御一報ください。

浜松市健康福祉部健康医療課 電話053-453-6178

〔妊孕性温存治療実施医療機関において記載〕

若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する証明書

以下のとおり、がん治療により生殖機能が低下する又は失う可能性があると診断された者に対し妊孕性温存治療（※1）を実施することについて認めし同意の上治療し、治療費を補助したことを証明します。

年	月	日	医療機関の名称
			医療機関の所在地
			妊孕性温存治療主治医氏名

妊孕性温存治療を受けた者	ふりかき	
	氏名	
	出生年月日	年 月 日
妊孕性温存治療開始日（※2）		年 月 日
治療方針	1 精子凍結凍蔵	妊孕性温存治療を実施した場合はこちらに記入してください。 （いずれかの番号に○を付けてください。）
		上記の治療終了日 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 1 精子凍結凍蔵 <input type="checkbox"/> 2 精巣内精子採取凍結凍蔵 <input type="checkbox"/> 3 精巣上体精子採取凍結凍蔵
	2 受精卵凍蔵凍蔵	妊孕性温存治療を実施した場合はこちらに記入してください。 （いずれかの番号に○を付けてください。）
		上記の治療終了日 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 1 受精卵凍蔵凍蔵 <input type="checkbox"/> 2 精子凍結凍蔵 <input type="checkbox"/> 3 卵巣摘出凍蔵凍蔵
3 生殖系切除凍蔵凍蔵	1、5以外で前医療機関医師、担当医等がある場合はこちらに記入ください（※3）。ただし、費用にて、前方向（精子の採取凍蔵については4万円）を認められ妊孕性温存治療を実施した場合は、記載する必要はありません。	
	医療機関への依頼 あり ・ 無し 費用負担あり ・ 無し	
	医療機関名 費用負担	
領収金額合計	円（内訳は裏面のとおり）	

※1 生殖機能が低下する又は失われる可能性のあるがん治療に関して精子、卵子又は卵巣組織を採取し凍蔵保存するまでの一連の治療行為、又は精子を採取し管理された（受精卵）を凍蔵保存するまでの一連の治療行為のこと。

※2 妊孕性温存治療開始日は、精子、卵子又は卵巣組織の採取のため治療を開始した日をいう。

※3 本治療の治療方針により、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、患者から他の医療機関で治療費として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を裏面に記載。

(裏)

領収金額 内訳証明書

項 目	費 用
精子、卵子、卵巢組織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
合 計	円

本様式に関する問合せ先

担当課	浜松市健康福祉部健康医療課
電話番号	053 - 453 - 6178

- 1) 補助の対象となる費用のみを記載してください。
- 2) 補助の対象となる費用は、精子、卵子又は卵巢組織の採取凍結、又は卵子の採取、胚（受精卵）の凍結に要する費用で、当該費用が保険適用外となる場合に限ります。
- 3) 入院費、入院食事代等治療に直接関係のない費用及び凍結保存の維持（2回目以降）に係る費用は対象外です。
- 4) 体調不良などにより医師の判断に基づき、妊孕性温存治療を中止した場合もそれまでに要した妊孕性温存治療に係る費用は補助対象です。
- 5) 主治医の治療方針により、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、患者から他の医療機関で治療費として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。

(がん治療実施医療機関において記載)

若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する証明書

以下のとおり、がん治療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患者に対するがん治療及び妊孕性温存治療(1)を実施することについて、説明し同意を受けたことを証明します。

年	月	日	医療機関の名称
			医療機関の所在地
			がん治療主治医氏名

妊孕性 温存治療を 受ける者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年	月	日生
治療 方法	基礎疾患について			
	基礎疾患名(がんの診断名)		左記の診断日	
			年 月 日	
			診断医療機関名 ()	
	基礎疾患に対する治療のうち、生殖機能を損ねる可能性のある治療と開始(予定)日			
(いずれかの番号に を付けてください。)				
1	薬物療法	左記の治療開始(予定)日		
2	放射線療法	年 月 日		
3	その他	実施医療機関名		
	()	()		
妊孕性温存治療実施(予定)医療機関名				
()				

- 1 生殖機能が低下する又は失われる可能性のあるがん治療開始前に精子、卵子又は卵巢組織を採取し凍結保存するまでの一連の医療行為、又は卵子を採取し受精させ胚(受精卵)を凍結保存するまでの一連の医療行為のこと。
- 2 基礎疾患名の欄には、がんの診断名を記載してください。

様式第4号

年 月 日

(あて先) 浜松市長

補助金交付申請者

住 所

氏 名

年 月 日 生

市税納付・納入確認同意書

下記の補助金交付申請に伴い、浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付要綱第3条の規定により、市において、補助金交付申請者の市税の納付状況について確認することに同意します。

記

申請補助金 浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金

注意事項

市税の未納分の存在が判明した場合は、補助金の交付はできません。十分確認の上、申請してください。

暴力団排除に関する誓約書

浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金の交付申請にあたり、下記事項について誓約します。
また、浜松市が暴力団排除に必要な場合には、静岡県警察本部又は管轄警察署に照会することを承諾します。

記

- 1 次に掲げる者のいずれにも該当しません。
 - (1) 暴力団（浜松市暴力団排除条例(平成24年浜松市条例第81号。以下「条例」という。)第2条第1号に規定する暴力団をいう。)
 - (2) 暴力団員等（条例第2条第4号に規定する暴力団員等をいう。以下同じ。)
 - (3) 暴力団員等と密接な関係を有する者

年 月 日

(あて先) 浜松市長

(誓約者(申請者))

住所 _____

氏名 _____ 印

申請者 様

浜松市長

若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付通知書（決定及び確定）

年 月 日付けで申請がありました浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金の交付について、下記金額を補助することを決定し、及び確定したので通知します。

記

交付申請額	金	円
補助額	金	円

(交付の条件)

- 1 補助事業の完了により当該補助事業者に相当の収益が生じると認められる場合においては、当該補助金の交付の目的に反しない場合に限り、その交付した補助金の全部又は一部に相当する金額を市に納付すること。
- 2 規則第 17 条第 1 項の規定により補助金の交付の決定の取消しを受け、補助金の返還の請求を受けたとき又は当該返還の期限までに納付しなかったときは、規則第 18 条の 2 の規定に基づき、加算金又は遅延損害金を市に納付する。
- 3 補助金の返還の請求を受け、当該補助金、加算金又は遅延損害金の全部又は一部を納付しない場合、規則第 18 条の 3 の規定に基づき、他の交付すべき補助金についてその交付を一時停止し、又は未納額との相殺をする場合がある。
- 4 上記 1～3 のほか、規則及び浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付要綱の各規定に基づく市長の指示に従うこと。

様式第7号

浜松市指令 第 号
年 月 日

申請者 様

浜松市長

若年がん患者妊孕性温存治療費補助金の交付を行わない旨の通知書

年 月 日付けで申請がありました浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金については、下記の理由によりこれを行わないこととしたので、通知します。

記

理由

様式第8号

年 月 日

(あて先) 浜松市長

請求者 住所
氏名 印
電話番号
利用者 氏名

若年がん患者妊孕性温存治療費補助金請求書

年 月 日付け浜松市指令 第 号により交付決定及び確定を受けた浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金として、次のとおり請求します。

金 円

振込先口座

銀行名	本・支店・ 営業部・出張所名	預金種別	口座番号
		1 普通預金 2 当座預金 3 ()	
ふりがな			
口座名義人			