

妊孕性温存治療への助成について

◎小児・AYA 世代のがん等の患者の方の妊孕性温存治療に対して助成します。

対象者

☆以下の項目を全て満たす方

- ① 申請日に栃木県内に住所がある方
- ② 凍結保存時に 43 歳未満の方
- ③ がん等の治療により、生殖機能の低下や喪失する可能性があるとして診断された方
- ④ 県が指定する妊孕性温存療法実施医療機関で治療を受けた方
※指定医療機関については、県ホームページをご確認ください。裏面参照
※他都道府県の指定医療機関も対象となる可能性もありますので、お問い合わせ下さい。
- ⑤ 「不妊に悩む方への特定治療支援事業」に基づく助成を受けていない方

助成内容

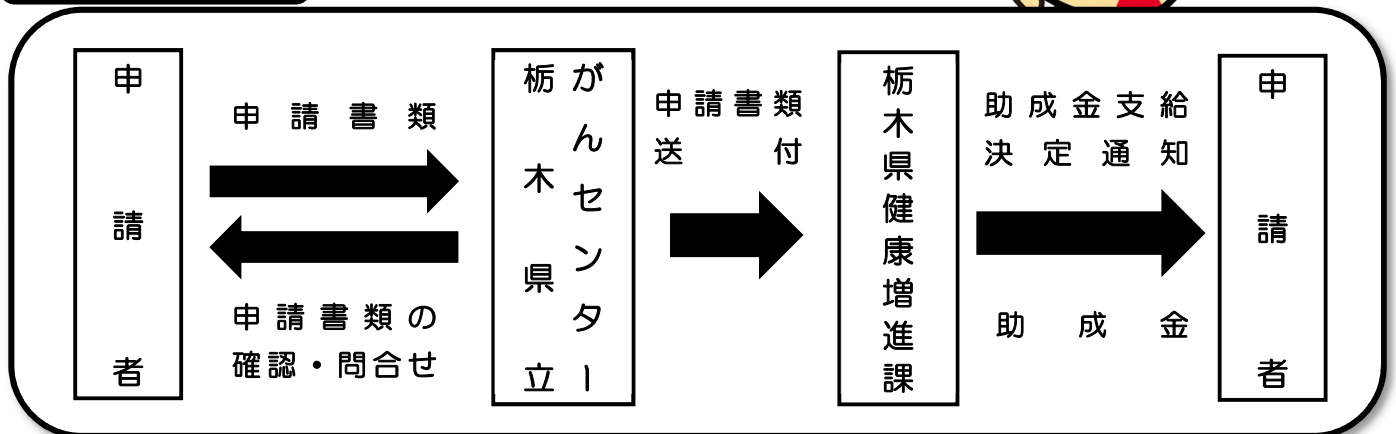
☆助成回数は通算2回まで

対象となる治療	1 回当たりの助成上限額
胚（受精卵）凍結に係る治療	35 万円
未受精卵凍結に係る治療	20 万円
卵巣組織凍結に係る治療	40 万円
精子凍結に係る治療	2 万 5 千円
精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療	35 万円

※ただし、治療に直接関係のない費用（入院室料、食事療養費、文書料等）および凍結保存の維持に係る費用は対象外です。



申請について



裏面：申請書類・問合せ先

申請書類

- ① 申請書（様式第1号）
- ② 妊孕性温存療法実施医療機関からの証明書（様式第2号）
- ③ 原疾患（がん等）治療実施医療機関からの証明書（様式第3号）
- ④ 世帯の住民票（発行日から3ヶ月以内／続柄の記載あり／個人番号の記載なし）
- ⑤ 助成金振込口座の通帳の写し（金融機関名、店番号、預金種別、口座番号、口座名義人が確認できる写し）

<留意事項>

- ・令和3年4月1日以降に行った妊孕性温存治療が対象となります。
- ・原則、対象となる治療の凍結保存時の属する年度内に申請してください。
※やむを得ない事情等で年度内に申請が難しい方はご相談ください。
- ・申請受付後、県立がんセンター及び県健康増進課から申請書類の確認等、申請者へ問合せする場合があります。

申請・問合せ先

<申請・郵送先>

〒320-0834 栃木県宇都宮市陽南4-9-13

（地独）栃木県立がんセンター がん相談支援センター

※郵送の場合は、封筒に「医療助成関係書類在中」とご明記下さい。

<問合せ先>

（地独）栃木県立がんセンター TEL 028-658-6484

栃木県保健福祉部健康増進課 TEL 028-623-3096

☆県ホームページから、申請方法や指定医療機関の確認、申請様式の取得ができます。

<https://www.pref.tochigi.lg.jp//e04/welfare/gantaisaku/ninnyousei.html>

