

大阪府がん患者妊よう性温存治療費助成事業実施要綱（案）

（目的）

第1条 この要綱は、厚生労働省が定める「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」に基づき、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が、希望をもってがん治療に取り組めるように、将来子どもを出産することができる可能性を温存するための妊よう性温存治療に要する費用の一部を助成し、その経済的負担の軽減を図るとともに、第2条第2号に定める「国の研究」促進を図ることを目的とし、予算の範囲内において助成金を交付することについて、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定義は、当該各号に定めるところによる。

(1) 妊よう性温存治療

生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療に際して精子、卵子又は卵巣組織を採取し、これを凍結保存するまでの一連の医療行為、若しくは卵子を採取し、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のことをいう。

(2) 国の研究

「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の実施について（令和3年3月23日付健発0323第6号）」に基づき、患者からの臨床データ等を収集し、妊よう性温存療法の有効性・安全性のエビデンス創出や長期にわたる検体保存のガイドライン作成などの妊よう性温存療法の研究をいう。

(3) 妊よう性温存治療実施日

別表1に掲げる対象となる治療の凍結保存日をいう。

(4) 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。

(5) 不妊に悩む方への特定治療支援事業

都道府県、指定都市及び中核市を実施主体として、特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）に要する費用の一部を助成する事業をいう。

(6) カウンセリング

妊よう性温存治療の実施に関する意思決定のため、がん治療実施前に行う第11条に定める妊よう性温存治療実施医療機関が患者に対して行う面接をいう。

(7) 保険適用外

健康保険法（大正11年法律第70号）、船員保険法（昭和14年法律第73号）、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）、国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）、地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）、私立学校教職員共済法（昭和28年法律第285号）及び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も

のをいう。

(妊よう性温存治療費助成対象者)

第3条 助成対象者は、次の各号に掲げる要件をすべて満たす者とする。

(1) 対象者の住所・年齢

第7条に定める妊よう性温存治療費助成の申請時において大阪府内に住所を有し、かつ妊よう性温存治療実施日において年齢が満43歳未満の者

(2) 対象とする原疾患の治療内容は以下のいずれかとする。

①ガイドラインの妊よう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

②乳がんに対するホルモン療法等の長期間の治療によって卵巣予備能の低下が想定される治療

(3) 第11条に基づく妊よう性温存治療実施医療機関（以下「府指定医療機関」という）の生殖医療を専門とする医師及び原疾患担当医師により、妊よう性温存治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。また、原疾患の治療前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には対象とする。

(4) 府指定医療機関において妊よう性温存治療を受けた者

(5) 第2条第2号に掲げる国の研究に参加できる者

(6) 本事業の助成対象となる費用について、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者

(カウンセリング費用助成対象者)

第4条 カウンセリング費用助成の対象となる者は、前条第2号及び3号に掲げる要件の他、次の各号に掲げる要件を全て満たす者とする。

(1) 対象者の住所・年齢

カウンセリング実施日において大阪府内に住所を有し、かつ年齢が満43歳未満の者

(2) カウンセリングを受けた結果、妊よう性温存治療を受けるに至らなかった者

(助成対象費用)

第5条 この要綱による助成の対象となる費用は、次の各号に掲げるいずれかとする。

(1) 府指定医療機関において実施された別表1の対象となる治療及び初回の凍結保存に要した医療保険適用外費用。ただし、入院室料（差額ベッド代等）、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。

(2) 府指定医療機関において実施された別表2のカウンセリングに要した費用

2 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る場合は、本事業の助成の

対象外とする。

(助成額等)

第6条 助成額は、別表1及び別表2に定める額を上限とする。

2 助成回数は、対象者一人に対して通算2回までとする。ただし、カウンセリングに要した費用については、一人につき1回限りとする。

(妊よう性温存治療費助成の申請)

第7条 第5条第1号に係る費用について助成を受けようとする者は、申請書(様式第1-1号)に、次の関係書類を付して、知事に提出するものとする。

- (1) 大阪府がん患者妊よう性温存治療費助成事業に係る証明書
(妊よう性温存治療実施医療機関) (様式第1-2号)
- (2) 大阪府がん患者妊よう性温存治療費助成事業に係る証明書
(原疾患治療実施医療機関) (様式第1-3号)
- (3) 第3条第1号の要件を有していたことを証明する書類(住民票の写し等)
- (4) その他知事が必要と認める書類

3 前項の申請は、特段の事由がない限り、第5条第1号に係る費用の支払日の属する年度内に行うものとする。ただし、妊よう性温存治療実施後、期間を置かずに原疾患治療を開始する必要があるなどのやむを得ない事情により、当該年度内に申請が困難であった場合には、翌年度に申請することができる。

(カウンセリング費用助成の申請)

第8条 第5条第2号に係る費用について助成を受けようとする者は、カウンセリング費用助成金申請書(様式第2号)に、必要書類を付して、知事に提出するものとする。

2 前項の申請は、カウンセリングを実施した日の属する年度内に行うものとする。ただし、意思決定に時間を要する等やむを得ない事情により、当該年度内に申請が困難であった場合には、翌年度に申請することができる。

(助成金の交付決定及び支払い)

第9条 知事は、第7条又は第8条の規定に基づく申請があったときは、当該申請に係る申請書類の内容を審査し、適当であると認めるときは、大阪府がん患者妊よう性温存治療費助成金交付決定通知書(様式第4号)又は大阪府がん患者妊よう性温存治療に係るカウンセリング費用助成金交付決定通知書(様式第5号)により助成金を申請した者(以下「申請者」という。)に対し通知するとともに、申請者の指定する金融機関の口座に振込の方法で支出する。

2 知事は、前項の審査の結果、当該申請が適当でないと認めるときは、大阪府がん患者妊よう性温存治療費助成金交付不承認通知書(様式第6号)又は大阪府がん患者妊よう性温存治療に係るカウンセリング費用助成金交付不承認通知書(様式第7号)により、申請者

に通知するものとする。

(助成金の返還)

第10条 知事は、偽りその他不正の手段により申請者が助成を受けたときは、当該助成の決定の全部若しくは一部を取り消し、当該取消しに係る額を返還させることができる。

(妊よう性温存治療実施医療機関の指定)

第11条 本事業の妊よう性温存治療実施医療機関（検体保存機関）として公益社団法人日本産科婦人科学会（以下、「日本産科婦人科学会」という）又は一般社団法人日本泌尿器科学会（以下、「日本泌尿器科学会」という）が認定した医療機関のうち、府の指定を希望する者は指定申請書（様式第3号）を知事に提出するものとする。

ただし、日本産科婦人科学会又は日本泌尿器科学会が医療機関を認定するまでの期間については、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）及び卵巣組織の凍結・保存に関する登録施設のうち、府の指定を希望する者は指定申請書（様式第3号）を知事に提出することができるものとする。

- 2 知事は前項の申請があったときは、第12条に定める指定要件を満たしていることを確認の上、指定医療機関として指定するものとする。ただし、前項ただし書きに基づく府指定医療機関については、日本産科婦人科学会又は日本泌尿器科学会から認定されなかった場合は、指定の効力を失うものとする。
- 3 知事は、他の都道府県知事が指定した医療機関を府指定医療機関とみなすことができる。
- 4 知事は、府指定医療機関より指定の辞退の申し出があったとき、府指定医療機関が指定要件を欠くに至ったとき、または、府指定医療機関として不適当と認めるものであるときは、その指定を取り消すことができる。

(府指定医療機関の指定要件)

第12条 本事業の府指定医療機関は次の各号に掲げる要件を満たす医療機関とする。

- (1) 本事業の対象となる者（以下「対象者」という。）への情報提供、相談支援及び精神的支援を行う体制があること。
- (2) 臨床情報等のデータを日本がん・生殖医療登録システムへ入力する体制があること。
また、定期的（年1回以上）に患者のフォローアップを行い、自然妊娠を含む妊娠・出産・検体保存状況及び原疾患の転帰等の情報を日本がん・生殖医療登録システムへ入力する体制があること。
- (3) 対象者に対して、以下の同意を得る体制があること。
 - ① 妊よう性温存治療を受けること及び国の研究への臨床情報等の提供を行うことについて説明を行った上で、国の研究に参加することの同意を得ること。
 - ② 対象者が未成年患者の場合は、できる限り本人に対して説明を行った上で、親権者または未成年後見人による同意を得ること。

- ③ ②の同意取得時に未成年だった対象者が成人した時点で、検体凍結保存の継続について、説明を行った上で同意を得ること。

(書類の整備等)

- 第13条 この要綱による助成金の交付を受けた者は、助成対象経費の支払いに係る収入及び支出についての証拠書類を整備保管しておかなければならない。
- 2 前項に規定する証拠書類は、当該助成対象経費の支払日の属する会計年度の翌年度から5年間保存しなければならない。

(台帳の整備)

- 第14条 知事は助成の状況を明確にするため、本事業に係る台帳(様式第8号)を備え付け、助成の状況を把握するものとする。なお、転居等により以前の助成状況を把握していない場合は、前住所地等へ照会するなど適宜確認を行うことがある。

(その他)

- 第15条 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。

別表1

対象となる治療	1回あたりの助成上限額
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

別表2

対象となる治療	1回あたりの助成上限額
カウンセリング	5千円

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和3年4月〇日から施行し、令和3年4月1日から適用する。

(経過措置)

- 第11条第2項の規定については、令和4年3月31日までに知事の指定を受けた府指定医療機関は、本実施要綱の適用日から府指定医療機関の指定を受けていたものとみなして適用する。

大阪府
がん患者の妊よう性温存治療費助成申請書

大阪府知事 様

次のとおり申請します。

年 月 日

申請者	ふりがな	-----				妊よう性温存治療を受けた者との関係			
	氏名								
	生年月日・性別	年 月 日生		男・女					
	住所	〒 -							
	電話番号	-				-			
妊よう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 日生		男・女					
	住所	〒 -							
本事業の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)						1 1回目の申請 2 2回目の申請 (1回目の申請は大阪府) 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 { }			
本事業の対象となる費用について、「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ますか						はい・いいえ 「はい」の場合、本助成を受けることはできません			
添付書類	(添付したものに☑) <input type="checkbox"/> 大阪府がん患者妊よう性温存治療費助成事業に係る証明書 (妊よう性温存治療実施医療機関) (様式第1-2号) <input type="checkbox"/> 大阪府がん患者妊よう性温存治療費助成事業に係る証明書 (原疾患治療実施医療機関) (様式第1-3号) <input type="checkbox"/> 申請時に大阪府内に住所を有し、かつ妊よう性温存治療実施日において年齢が満43歳未満であることが確認できるもの(住民票等)								
振込先	フリガナ			金融機関名				本店・支店	本店支店
	口座名義								
	口座種別	普通・当座		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)									
<ul style="list-style-type: none"> 本事業の趣旨を理解し、国の研究事業に臨床情報等を提供すること。(原則として、生殖可能年齢を越える、あるいは、検体破棄申告があるまでの期間) 本事業及び不妊に悩む方への特定治療支援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)								助成決定金額 ※大阪府使用欄	
_____								円	

◎注意事項

- 1 妊よう性温存治療を受けた方が未婚で未成年の場合は、申請者欄には親権者名又は未成年後見人名を記載してください。
- 2 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。
- 3 助成決定金額は、大阪府から文書で通知します。
- 4 助成の対象となる治療費は、妊よう性温存治療及び初回の凍結保存に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、入院室料（差額ベッド代等）、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です。
- 5 助成額は、妊よう性温存治療に要した医療保険適用外費用であり、精子は2万5千円、精子（精巣内精子採取）は35万円、胚（受精卵）は35万円、未受精卵子は20万円、卵巣組織は40万円が上限となります。
- 6 助成回数は、対象者一人に対して合計2回までです。
- 7 本事業の対象となる費用について、「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る場合は、本事業の助成を受けることができません。
- 8 医療機関によっては、様式第1-2号及び様式第1-3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。

郵送先

〒540-8570 大阪府中央区大手前2丁目1-22
大阪府健康医療部健康推進室健康づくり課
生活習慣病・がん対策グループ

※封筒の表に「助成事業申請書在中」と朱書きしてください。

問合せ先

大阪府健康医療部健康推進室 健康づくり課 生活習慣病・がん対策グループ
電話 06-6944-6791（直通）

大阪府
がん患者妊よう性温存療治療費助成事業に係る証明書
(妊よう性温存治療実施医療機関)

大阪府がん患者妊よう性温存治療費助成事業実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、妊よう性温存治療(※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 _____
 妊よう性温存治療主治医氏名 (自署) _____

妊よう性 温存治 療を受 けた者	ふりがな	-----			
	氏名				
	生年月日 ・性別	年	月	日生	男・女
大阪府がん患者妊よう性温存治療費助成事業実施要綱第11条に基づく府指定医療機関ですか。		はい ・ いいえ			
妊よう性温存治療について紹介を受けた原疾患主治医が所属する医療機関名と当該医師名		医療機関の名称 ()		原疾患主治医の氏名 ()	
本事業の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)		1 1回目の申請 2 2回目の申請 (1回目の申請は大阪府) 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 { }			
治療方法	I	男性へ妊よう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。)			
		1 精子凍結保存	妊よう性温存治療開始日 (年 月 日) 凍結保存日 (年 月 日) 妊よう性温存治療終了日 (年 月 日) (上記実施日と同じ場合も記載してください。)		
		2 精子凍結保存 (精巣内精子採取)	実施医療機関 ()		
	II	女性へ妊よう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。)			
		1 胚(受精卵)凍結保存	妊よう性温存治療開始日 (年 月 日) 凍結保存日 (年 月 日) 妊よう性温存治療終了日 (年 月 日) (上記実施日と同じ場合も記載してください。)		
		2 未受精卵子凍結保存	実施医療機関 ()		
III	I、II以外で他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに御記入ください。 (※2)				
	他医療機関への依頼	あり ・ なし	院外処方	あり ・ なし	
領収金額合計		円(内訳は裏面のとおり)			
備考(※3)					

- ※1 生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療に際して精子、卵子又は卵巣組織を採取し、これを凍結保存するまでの一連の医療行為、若しくは卵子を採取し、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のこと。
- ※2 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、主治医が患者から治療費として支払った領収書の提出を受け、領収金額を記載してください。
- ※3 妊よう性温存治療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。

領収金額 内訳証明書

項 目	費 用
精子、卵子、卵巣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

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	— —

- ・ 助成対象となる費用のみを計上してください。
- ・ 助成の対象となる費用は、ガイドラインに基づき行われる妊よう性温存治療に要する費用のうち、精子、卵子、卵巣組織の採取及び凍結並びに胚（受精卵）の凍結に係る医療保険適用外費用とします。
- ・ 助成の対象となる費用は、妊よう性温存治療及び初回の凍結保存に要した費用に限るものとし、入院室料（差額ベッド代等）、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凍結保存費用を
- ・ 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、主治医が患者から治療費として支払った領収書の提出を受け、領収金額を記載してください。

大阪府
がん患者妊よう性温存治療費助成事業に係る証明書
(原疾患治療実施医療機関)

事業対象となる生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療を次のとおり実施予定である
(実施した)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 _____

原疾患治療主治医氏名 (自署) _____

妊よう性 温存治 療を受 けた者	ふりがな				
	氏名				
	生年月日 ・性別	年	月	日生	男・女
治療方法	原疾患について				
	原疾患名(※)		左記の診断日		
	()		年 月 日 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					
治療内容に○を付けてください。 (複数可)		事業の対象となる原疾患治療の開始予定日 又は開始した日			
1 薬物療法		年 月 日			
2 放射線療法		実施医療機関名			
3 その他		()			
妊よう性温存治療実施医療機関名 ()					
本事業の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)		1 1回目の申請 2 2回目の申請 (1回目の申請は大阪府) 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 []			

※ 原疾患名の欄には、がんの診断名(例：悪性リンパ腫など)を記載してください。

大阪府がん患者妊よう性温存治療に係るカウンセリング費用助成金申請書

大阪府知事 様

申請者 (未成年の 場合は保護者)	ふりがな			カウンセリング を受けた者との関係
	氏名			
	生年月日・性別	年	月	日生 男・女
	住所	〒		
	電話番号	- -		
カウンセリング を受けた者 (申請者と同じ 場合は記入不要)	ふりがな			
	氏名			
	生年月日・性別	年	月	日生 男・女
	住所	〒		
	電話番号	- -		
カウンセリング 実施日	年	月	日	カウンセリングを実施 した府指定医療機関 医療機関名 () (実施医)
原疾患治療 実施医療機関	(主治医) 実施(予定)する生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療 1 薬物療法 2 放射線療法 3 その他 ()			
添付書類 (添付したものに チェック)	<input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> 振込口座通帳等の写し <input type="checkbox"/> その他 ()			
<p>妊よう性温存治療について十分な説明を受け、理解した上で、カウンセリングを受けましたので、必要書類を添えて申請します。</p> <p>また、助成の可否を判断するため、大阪府が必要に応じ、カウンセリングを受けた医療機関に照会することについて同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名(自書)</p>				
振込先 (申請者の 名義)	フリガナ			
	口座名義			
	金融機関名		本・支店名	本・支店
	口座種別	普通・当座	口座番号	

裏面の注意事項を御確認の上、記入してください。

◎注意事項

※原疾患治療実施医療機関で実施（予定）の生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療については、必要に応じて主治医に確認してください。

※カウンセリングを実施した日の属する年度の末日までに申請を行ってください。

※助成決定金額は、大阪府から文書で通知します。

※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。

※助成金額及び上限額は、5千円です。

◎添付書類について

住民票の写し	マイナンバー記載がないもの、カウンセリング実施日において大阪府内に住所を有し、かつ年齢が満43歳未満であることがわかるもの 申請者が未成年の場合は、申請者と患者本人の続柄の記載があるもの
領収書（写し可）	カウンセリング料（府指定医療機関において実施されたもの）
診療明細書（写し可）	カウンセリング料（府指定医療機関において実施されたもの）

◎申請方法 下記宛先に郵送にて申請

申請書宛先

〒540-8570 大阪府中央区大手前2丁目1-22
大阪府健康医療部健康推進室健康づくり課
生活習慣病・がん対策グループ 宛て

問合せ先

大阪府健康医療部健康推進室健康づくり課生活習慣病・がん対策グループ
電話：電話 06-6944-6791（直通）

大阪府がん患者妊よう性温存治療実施医療機関指定申請書

大阪府知事 様

開設者の住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)

開設者の氏名 (法人の場合は法人の名称と代表者の職・氏名)

大阪府がん患者妊よう性温存治療費助成事業実施要綱第 11 条における指定医療機関として指定を受けたいので申請します。

なお、指定の上は、「大阪府がん患者妊よう性温存治療費助成事業実施要綱」の定める事項に従います。

記

医療機関	名称	電話 ()						
	所在地							
	医療機関コード							
開設年月日		年 月 日						
開設者	住所 (※1)							
	氏名 (※2)							
<p>1. 学会による認定等</p> <p><input type="checkbox"/> 妊よう性温存治療実施医療機関 (検体保存機関) として、日本産科婦人科学会の認定を受けている。</p> <p><input type="checkbox"/> 妊よう性温存治療実施医療機関 (検体保存機関) として、日本泌尿器科学会の認定を受けている。</p> <p><input type="checkbox"/> 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) 及び卵巣組織の凍結・保存に関する登録施設である。(※3) また、日本産科婦人科学会又は日本泌尿器科学会の認定を受けることができるよう体制整備を行う予定である。</p> <p>2. 実施事項</p> <p><input type="checkbox"/> 指定医療機関に求められる「大阪府がん患者妊よう性温存治療費助成事業実施要綱第 12 条に定める事項を実施できる。</p>								

※1) 開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地

※2) 開設者が法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名

※3) 日本産科婦人科学会又は日本泌尿器科学会が医療機関を認定するまでの期間についてのみ指定医療機関の要件を満たす。

様式第4号

第 号
年 月 日

申請者様

大阪府知事



大阪府がん患者妊よう性温存治療費助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請がありました大阪府がん患者妊よう性温存治療費助成金の交付について、下記金額を助成することを決定したので通知します。

記

助成額 金 円

様式第5号

第 号
年 月 日

申 請 者 様

大阪府知事



大阪府がん患者妊よう性温存治療に係る
カウンセリング費用助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請がありました大阪府がん患者妊よう性温
存治療に係るカウンセリング費用助成金の交付について、下記金額を助成
することを決定したので通知します。

記

助成額 金 円

様式第6号

第 号
年 月 日

申 請 者 様

大阪府知事



大阪府がん患者妊よう性温存治療費助成金交付不承認通知書

年 月 日付けで申請がありました大阪府がん患者妊よう性温存治療費助成金について、不承認としましたので通知します。

記

不承認とした理由

様式第7号

第 号
年 月 日

申 請 者 様

大阪府知事



大阪府がん患者妊よう性温存治療に係る
カウンセリング費用助成金交付不承認通知書

年 月 日付けで申請がありました大阪府がん患者妊よう性温存
治療に係るカウンセリング費用助成金について、不承認としましたので通知
します。

記

不承認とした理由

大阪府がん患者妊よう性温存治療費助成金受給者台帳

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

ふりがな		生年月日 実施時の年齢	年 月 日
氏名			(歳)
住所	〒		
治療内容	電話 ()		

(妊よう性温存治療費助成事業)

申請受理 年月日	申請額	承認 不承認 決定年月日	助成額	医療機関名	治療期間	
					開始	終了