

秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業実施要綱

新旧対照表

新	旧
秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業実施要綱	秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業実施要綱
1、2、3 略	1、2、3 略
4－1 妊よう性温存療法の対象者 本事業の妊よう性温存療法対象者については、以下の条件を全て満たす者とする。	4－1 妊よう性温存療法の対象者 本事業の妊よう性温存療法対象者については、以下の条件を全て満たす者とする。
(1)、(2) 略	(1)、(2) 略
(3) 対象とする原疾患の治療内容 対象となる原疾患の治療内容については、以下のいずれかとする。 ① 「 <u>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</u> 」（一般社団法人日本癌治療学会）の妊よう性低下リスク分類に示された治療 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 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coni貧血等）、原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 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	(3) 対象とする原疾患の治療内容 対象となる原疾患の治療内容については、以下のいずれかとする。 ① 「 <u>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</u> 」（一般社団法人日本癌治療学会）の妊よう性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> 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 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coni貧血等）、原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 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
(4) 略	(4) 略
(5) 説明及び同意 妊よう性温存療法指定医療機関から、妊よう性温存療法を受けること及び「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（令和 7 年 4 月 1 日付け 健生発 0401 第 66 号厚生労働省健康・生活衛生局長通知別紙。以下「国実施要綱」という。）」に基づく研究への臨床情報等の提供をすることについて説明を受けた上で、本	(5) 説明及び同意 妊よう性温存療法指定医療機関から、妊よう性温存療法を受けること及び「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（令和 5 年 6 月 19 日付け 健発 0619 第 3 号厚生労働省健康局長通知別紙。以下「国実施要綱」という。）」に基づく研究への臨床情報等の提供をすることについて説明を受けた上で、本事業に参加する

新	旧
事業に参加することについて同意した者。 対象者が未成年患者の場合は、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による同意を得た者。 4－2～6－2 略 7 助成の申請 (1) 妊よう性温存療法に係る助成を受けようとする対象者は、申請書（様式第1－1号）に以下の書類を添付して秋田県に申請するものとする。ただし、対象となる費用がない場合には、様式第1－3号の添付を省略できる。 ① 助成事業に係る証明書（様式第1－2号、様式第1－3号及び様式第1－4号） <u>※様式第1－4号は性別に応じた様式を用いるものとする。</u> ② 申請時に秋田県内に住所を有していることが確認できる住民票（個人番号の記載がなく、発行から3か月以内のもの）。なお、胚（受精卵）凍結に係る治療かつ事実婚の場合にあっては、両人の住民票（個人番号の記載がなく、発行から3か月以内のもの）を添付するものとする。 ③ 胚（受精卵）凍結に係る治療の場合にあっては、戸籍謄本（発行から3か月以内のもの）。ただし、2回目の申請で、7（1）②により法律上婚姻している夫婦であることが確認できる場合は添付を省略できる。なお、事実婚の場合にあっては、両人の戸籍謄本（発行から3か月以内のもの）を添付するものとする。 ④ 胚（受精卵）凍結に係る治療かつ事実婚の場合にあっては、両人の事実婚関係に関する申立書（様式第1－5号） ⑤ その他知事が必要と認める書類 (2) 温存後生殖補助医療に係る助成を受けようとする対象者は、申請書（様式第2－1号）に以下の書類を添付して秋田県に申請するものとする。ただし、対象となる費用がない場合には、様式第2－3号の添付を省略できる。<u>また、様式第1－1号の添付書類として様式第1－4号を既に提出している場合には、様式第2－4号の添付を省略できる。</u> ① 助成事業に係る証明書（様式第2－2号、様式第2－3号、<u>様式第2－4号</u>） <u>※様式第2－4号は性別に応じた様式を用いるものとする。</u> ② 申請時に秋田県内に住所を有していることが確認できる住民票（個人番号の記載がなく、発行から3か月以内のもの）。なお、事実婚の場合にあっては、両人の住民票（個人番号の記載がなく、発行から3か月以内のもの）を添付するものとする。	ことについて同意した者。 対象者が未成年患者の場合は、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による同意を得た者。 4－2～6－2 略 7 助成の申請 (1) 妊よう性温存療法に係る助成を受けようとする対象者は、申請書（様式第1－1号）に以下の書類を添付して秋田県に申請するものとする。ただし、対象となる費用がない場合には、様式第1－3号の添付を省略できる。 ① 助成事業に係る証明書（様式第1－2号、様式第1－3号及び様式第1－4号） ② 申請時に秋田県内に住所を有していることが確認できる住民票（個人番号の記載がなく、発行から3か月以内のもの）。なお、胚（受精卵）凍結に係る治療かつ事実婚の場合にあっては、両人の住民票（個人番号の記載がなく、発行から3か月以内のもの）を添付するものとする。 ③ 胚（受精卵）凍結に係る治療の場合にあっては、戸籍謄本（発行から3か月以内のもの）。ただし、2回目の申請で、7（1）②により法律上婚姻している夫婦であることが確認できる場合は添付を省略できる。なお、事実婚の場合にあっては、両人の戸籍謄本（発行から3か月以内のもの）を添付するものとする。 ④ 胚（受精卵）凍結に係る治療かつ事実婚の場合にあっては、両人の事実婚関係に関する申立書（様式第1－5号） ⑤ その他知事が必要と認める書類 (2) 温存後生殖補助医療に係る助成を受けようとする対象者は、申請書（様式第2－1号）に以下の書類を添付して秋田県に申請するものとする。ただし、対象となる費用がない場合には、様式第2－3号の添付を省略できる。 ① 助成事業に係る証明書（様式第2－2号及び様式第2－3号） ② 申請時に秋田県内に住所を有していることが確認できる住民票（個人番号の記載がなく、発行から3か月以内のもの）。なお、事実婚の場合にあっては、両人の住民票（個人番号の記載がなく、発行から3か月以内のもの）を添付するものとする。

新	旧
③ 戸籍謄本（発行から3か月以内のもの）。ただし、2回目以降の申請で、7（2）②により法律上婚姻している夫婦であることが確認できる場合は添付を省略できる。なお、事実婚の場合にあつては、両人の戸籍謄本（発行から3か月以内のもの）を添付するものとする。 ④ 事実婚の場合にあつては、両人の事実婚関係に関する申立書（様式第2－4号） ⑤ その他知事が必要と認める書類 （3） 略 8～16 略 附 則 略 <u>附 則</u> <u>1 この要綱は、令和7年7月28日から施行し、令和7年4月1日以降に実施した妊やう性温存療法及び温存後生殖補助医療に要する費用の助成から適用する。</u> <u>2 この要綱による改正前の要綱に定める様式により作成された用紙は、当分の間、これを準用して使用することができる。</u>	③ 戸籍謄本（発行から3か月以内のもの）。ただし、2回目以降の申請で、7（2）②により法律上婚姻している夫婦であることが確認できる場合は添付を省略できる。なお、事実婚の場合にあつては、両人の戸籍謄本（発行から3か月以内のもの）を添付するものとする。 ④ 事実婚の場合にあつては、両人の事実婚関係に関する申立書（様式第2－4号） ⑤ その他知事が必要と認める書類 （3） 略 8～16 略 附 則 略

新

様式第1-1号

秋田県
小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業申請書
(妊よう性温存療法分)

秋田県知事 あて

次のとおり申請します。

年 月 日

申 請 者	ふりがな	-----										妊よう性温存療法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											患者アプリ番号（12桁） ※原則必須。登録出来ない場合、理由を下欄に記載。																	
	患者アプリを登録出来ない理由																												
妊よう性温存療法を受けた者（申請書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	〒 -																											
妊よう性温存療法費用等助成事業（妊よう性温存療法分）の申請回数（いずれかの番号に○を付けてください） ※令和3年4月1日以降に、他の都道府県が実施する同様の助成を受けた場合は、通算回数に含めます。																				1 1回目の申請 2 2回目の申請（1回目の申請は秋田県） 3 2回目の申請（1回目の申請は他の都道府県） 一都道府県名 { }									
秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用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																				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☑） ☐ 秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業に係る証明書 （妊よう性温存療法実施医療機関）（様式第1-2号） ☐ 秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業に係る領収金額内訳証明書 （妊よう性温存療法実施医療機関の連携機関）（様式第1-3号） ※対象となる費用がない場合は省略可 ☐ 秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業に係る証明書及び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表 （原疾患治療実施医療機関）（様式第1-4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表は性別に応じた様式を用いるものとする。 ☐ 申請時に秋田県内に住所を有していることが確認できる住民票 ※個人番号の記載がなく、発行から3か月以内のもの ※胚（受精卵）凍結に係る治療かつ事実婚の場合は、両人の住民票 <胚（受精卵）凍結の場合> ☐ 戸籍謄本 ※発行から3か月以内のもの ※2回目の申請で、住民票により法律上婚姻している夫婦であることが確認できる場合は省略可 ※事実婚の場合は、両人の戸籍謄本 ☐ 事実婚の場合は、事実婚関係に関する申立書（様式第1-5号）																												
	フリガナ ☐ 口座名義 ☐ 口座種別 普通 ・ 当座 ☐ 口座番号																												
	金融機関名 ☐ 支店名 ☐ 支店																												
	振込先 ☐ 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）																												
	・本事業の趣旨を理解し、国の「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・生殖医療学会が妊よう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ることと認める者に対して、当該の情報を提供すること。 ・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へ治療内容等の照会を行うこと。 ・本事業の助成状況について他の地方公共団体へ照会及び提供をすること。																												
	年 月 日																												
	申請者氏名（自署）																												
	※秋田県使用欄 申請者番号 助成決定金額 円																												

旧

様式第1-1号

秋田県
小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業申請書
(妊よう性温存療法分)

秋田県知事 あて

次のとおり申請します。

年 月 日

申 請 者	ふりがな	-----										妊よう性温存療法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											患者アプリ番号（12桁） ※原則必須。登録出来ない場合、理由を下欄に記載。																	
	患者アプリを登録出来ない理由																												
妊よう性温存療法を受けた者（申請書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	〒 -																											
妊よう性温存療法費用等助成事業（妊よう性温存療法分）の申請回数（いずれかの番号に○を付けてください） ※令和3年4月1日以降に、他の都道府県が実施する同様の助成を受けた場合は、通算回数に含めます。																				1 1回目の申請 2 2回目の申請（1回目の申請は秋田県） 3 2回目の申請（1回目の申請は他の都道府県） 一都道府県名 { }									
秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用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																				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☑） ☐ 秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業に係る証明書 （妊よう性温存療法実施医療機関）（様式第1-2号） ☐ 秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業に係る領収金額内訳証明書 （妊よう性温存療法実施医療機関の連携機関）（様式第1-3号） ※対象となる費用がない場合は省略可 ☐ 秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業に係る証明書 （原疾患治療実施医療機関）（様式第1-4号） ☐ 申請時に秋田県内に住所を有していることが確認できる住民票 ※個人番号の記載がなく、発行から3か月以内のもの ※胚（受精卵）凍結に係る治療かつ事実婚の場合は、両人の住民票 <胚（受精卵）凍結の場合> ☐ 戸籍謄本 ※発行から3か月以内のもの ※2回目の申請で、住民票により法律上婚姻している夫婦であることが確認できる場合は省略可 ※事実婚の場合は、両人の戸籍謄本 ☐ 事実婚の場合は、事実婚関係に関する申立書（様式第1-5号）																												
	フリガナ ☐ 口座名義 ☐ 口座種別 普通 ・ 当座 ☐ 口座番号																												
	金融機関名 ☐ 支店名 ☐ 支店																												
	振込先 ☐ 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）																												
	・本事業の趣旨を理解し、国の「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・生殖医療学会が妊よう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ることと認める者に対して、当該の情報を提供すること。 ・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へ治療内容等の照会を行うこと。 ・本事業の助成状況について他の地方公共団体へ照会及び提供をすること。																												
	年 月 日																												
	申請者氏名（自署）																												
	※秋田県使用欄 申請者番号 助成決定金額 円																												

新

◎注意事項

- 1 妊よう性温存療法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、秋田県から文書で通知します。
- 4 助成の対象となる治療費は、妊よう性温存療法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、妊よう性温存療法に要した医療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、未受精卵子は20万円、卵巣組織は50万円が上限となります。
- 6 助成回数は、通算2回までです（異なる治療を受けた場合であっても通算2回までです）。
- 7 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、本事業の助成を受けることができません。
- 8 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1ー3号の発行を依頼してください。
- 9 医療機関によっては、様式第1ー2号、様式第1ー3号及び様式第1ー4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。
- 10 本事業に参加する方の妊よう性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（JOFR）」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。

申請方法

** 持参の場合 **

受付窓口：秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策チーム（県庁2階）

受付時間：8時30分～17時15分
（土曜日、日曜日、祝祭日、年末年始を除く。）

** 郵送の場合 **

宛先：〒010-8570 秋田県秋田市山王四丁目1番1号
秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策チーム

※ 特定記録や簡易書留等、記録が残る方法で送付してください。
（郵送料は申請者のご負担ください。）

※ 申請に関することで連絡する場合がありますので、
必ず申請書に電話番号をご記入ください。

問合せ先

秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策チーム

電話：018-860-1428（直通）

旧

◎注意事項

- 1 妊よう性温存療法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、秋田県から文書で通知します。
- 4 助成の対象となる治療費は、妊よう性温存療法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、妊よう性温存療法に要した医療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、未受精卵子は20万円、卵巣組織は50万円が上限となります。
- 6 助成回数は、通算2回までです（異なる治療を受けた場合であっても通算2回までです）。
- 7 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、本事業の助成を受けることができません。
- 8 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1ー3号の発行を依頼してください。
- 9 医療機関によっては、様式第1ー2号、様式第1ー3号及び様式第1ー4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。
- 10 本事業に参加する方の妊よう性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（JOFR）」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。

申請方法

** 持参の場合 **

受付窓口：秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策チーム（県庁2階）

受付時間：8時30分～17時15分
（土曜日、日曜日、祝祭日、年末年始を除く。）

** 郵送の場合 **

宛先：〒010-8570 秋田県秋田市山王四丁目1番1号
秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策チーム

※ 特定記録や簡易書留等、記録が残る方法で送付してください。
（郵送料は申請者のご負担ください。）

※ 申請に関することで連絡する場合がありますので、
必ず申請書に電話番号をご記入ください。

問合せ先

秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策チーム

電話：018-860-1428（直通）

新	旧
様式第 1－2 号・様式第 1－3 号（略）	様式第 1－2 号・様式第 1－3 号（略）

新

様式第1－4号

秋田県
小児・A Y A世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等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した
(実施予定である)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 温存療法 を受けた 者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日・性別等	年 月 日生	男・女	
治療方法	原疾患について			
	原疾患名(※1)		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				
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。				
〔 〕 ① 「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の場合は以下も確認すること) 具体的な治療内容について、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表にチェックを付け、添付済み □ ※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表は性別に応じた様式を用いるものとする。 〔 〕 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 〔 〕 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coni貧血等)、原発性免疫不全症候群、先天性代謝異常症、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 〔 〕 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				
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		
妊よう性温存療法実施医療機関名		()		
妊よう性温存療法研究促進事業(妊よう性温存療法分)の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください) ※令和3年4月1日以降に、他の都道府県が実施する同様の助成を受けた場合は、通算回数に含めます。		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) 一都道府県名 { } 4 上記のいずれにも該当せず、原疾患治療の証明のみ		

※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。

旧

様式第1－4号

秋田県
小児・A Y A世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等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した
(実施予定である)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 温存療法 を受けた 者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日・性別等	年 月 日生	男・女	
治療方法	原疾患について			
	原疾患名(※1)		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				
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。				
〔 〕 「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 〔 〕 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coni貧血等)、原発性免疫不全症候群、先天性代謝異常症、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 〔 〕 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		
妊よう性温存療法実施医療機関名		()		
妊よう性温存療法研究促進事業(妊よう性温存療法分)の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください) ※令和3年4月1日以降に、他の都道府県が実施する同様の助成を受けた場合は、通算回数に含めます。		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) 一都道府県名 { }		

※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、具体的に記載してください。

新

旧

様式第1ー4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表（女性）

女性 〔治療による早発閉経不全（P01）リスク〕		P01リスク 「低」	P01リスク 「中」	P01リスク 「高」
化学療法	Cyclophosphamide equivalent dose (CED)	☐ <4,000 mg/m ²	☐ 4,000～8,000 mg/m ²	☐ >8,000 mg/m ²
		思春期前（月経未発来）の場合には以下の範囲となる。初経後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
	薬剤別	アルキル化薬		
		白金製剤		
		代謝拮抗薬		
		ビンカルカロイド		
		モノクローナル抗体		
	レジメン別	AC/EC±タキサン		
		CMF, CEF, CAF, TAC		
		FOLFOX		
		Escalated BEACOPP		
		CHOP		
		Dose-adjusted EPOCH		
		その他		
		疾患別治療		
	化学療法＋放射線治療			
	造血幹細胞移植			
	放射線治療			

〔日本癌治療学会編 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2024年12月改訂 第2版より一部改変〕

（新設）

新

旧

(新設)

(参考) 略語表 (様式第1～4号別添)	
略語	用語の説明
6-MP	6-mercaptopurine (6-メルカプトプリン)
ABVD	ドキソルビシン, プレオマイシン, ビンブラスチン, ダカルバジン
AC	ドキソルビシン, シクロホスファミド
Act-D	actinomycin D (アクチノマイシンD)
Ara-C	cytosine arabinoside (シタラビン)
BCNU	bis-chloroethylnitrosourea (カルムスチン)
BEACOPP	プレオマイシン, エトボシド, ドキシソルビシン, シクロホスファミド, ビンクリスチン, プロカルバジン, プレドニゾロン
BEP	プレオマイシン, エトボシド, シスプラチン
BLM	bleomycin (プレオマイシン)
Bmab	bevacizumab (ベバシズマブ)
BU	busulfan (ブスルファン)
CAF	シクロホスファミド, ドキシソルビシン, フルオロウラシル
CBDCa	carboplatin (カルボプラチン)
CDDP	cisplatin (シスプラチン)
CED	cyclophosphamide equivalent dose (シクロホスファミド相当量) ※
CEF	シクロホスファミド, エピルビシン, フルオロウラシル
CHOP	シクロホスファミド, ドキシソルビシン, ビンクリスチン, プレドニゾロン
CMF	シクロホスファミド, メトトレキサート, フルオロウラシル
COP	シクロホスファミド, ビンクリスチン, プレドニゾロン
CPA	cyclophosphamide (シクロホスファミド)
CVP	シクロホスファミド, ビンクリスチン, プレドニゾロン
DNR	daunorubicin (ダウノルビシン)
DXR	doxorubicin (ドキソルビシン)
EC	エピルビシン, シクロホスファミド
EP	エトボシド, シスプラチン
EPOCH	エトボシド, プレドニゾロン, ビンクリスチン, シクロホスファミド, ドキシソルビシン
ETP	etoposide (エトボシド)
Flu	fludarabine (フルダラ)
FOLFOX	レボリナート, フルオロウラシル, オキサリプラチン
GEM	gemcitabine (ゲムシタビン)
IDR	idarubicin (イダルビシン)
L-OHP	oxaliplatin (オキサリプラチン)
L-PAM	melfalan (メルファラン)
MIT	mitoxantrone (ミトキサントロン)
MMC	mitomycin C (マイトマイシンC)
MTX	methotrexate (メトトレキサート)
TAC	ドセタキセル, ドキシソルビシン, シクロホスファミド
TMZ	temozolomide (テモゾロミド)
VBL	vinblastine (ビンブラスチン)
VCR	vincristine (ビンクリスチン)
急性骨髄性白血病治療	アントラサイクリン, シタラビン
急性リンパ性白血病治療	多剤併用
骨肉腫治療	ドキソルビシン, シスプラチン, メトトレキサート, イホスファミド
ユーイング肉腫治療	ビンクリスチン, ドキシソルビシン, アクチノマイシンD, シクロホスファミド, イホスファミド, エトボシド

※CEDとは、シクロホスファミド以外のアルキル化剤について、「この薬剤をシクロホスファミドに置き換えた場合、どの程度の量を投与したことになるか」を示すものであり、以下の式で算出される。

$$CED (mg/m^2) = 1.0 (cumulative cyclophosphamide dose (mg/m^2)) + 0.244 (cumulative ifosfamide dose (mg/m^2)) + 0.857 (cumulative procarbazine dose (mg/m^2)) + 14.286 (cumulative chlorambucil dose (mg/m^2)) + 15.0 (cumulative BCNU dose (mg/m^2)) + 16.0 (cumulative CCNU dose (mg/m^2)) + 40 (cumulative melfalan dose (mg/m^2)) + 50 (cumulative Thio-TEPA dose (mg/m^2)) + 100 (cumulative nitrogen mustard dose (mg/m^2)) + 8.823 (cumulative busulfan dose (mg/m^2))$$

新

様式第2-1号

秋田県
小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業申請書
(温存後生殖補助医療分)

秋田県知事 あて
次のとおり申請します。

		年 月 日	
申 請 者	ふりがな	生年月日	年 月 日生
	氏名	性別	男 ・ 女
	住所	〒 -	
	電話番号	患者アプリ番号 (12桁) ※原則必須。登録出来ない場合、理由を下記に記載	
	患者アプリを登録出来ない理由		
夫 (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな	生年月日	
	氏名	年 月 日生	
妻 (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな	生年月日	
	氏名	年 月 日生	
過去に妊よう性温存療法費用等助成事業(温存後生殖補助医療分)の助成を受けたことがありますか		【添付書類】 (添付したものに☑)	
☐ ない ☐ ある →自身が過去 () 回受けた →配偶者(事実婚含む)が過去 () 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 () ※令和4年4月1日以降に、他の都道府県が実施する 同様の助成を受けた場合は、通算回数に含めます。		<必須のもの> ☐ 秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業に係る温存後生殖補助医療証明書(温存後生殖補助医療実施医療機関) (様式第2-2号) ☐ 秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業に係る説明書及び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表(原疾患治療実施医療機関) (様式第2-4号) ※放射線治療による性腺毒性のリスク分類表は性別に応じた様式を用いるものとする。 ☐ 申請時に秋田県内に住所を有していることが確認できる住民票 ※個人番号の記載がなく、発行から3か月以内のもの ※事実婚の場合は、両人の住民票 ☐ 戸籍謄本 ※発行から3か月以内のもの ※2回目以降の申請で、住民票により法律上婚姻している夫婦であることが確認できる場合は省略可 ※事実婚の場合は、両人の戸籍謄本 <該当する方のみ添付いただくもの> ☐ 秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業に係る領収金額内訳証明書(温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関) (様式第2-3号) ☐ 事実婚関係に関する申立書(様式第2-4号) ☐ 死産届の写しその他死産に至ったことを確認できる書類	
振 込 先	フリガナ		
	口座名義		
	金融機関名	支店名	
	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)			
・本事業の趣旨を理解し、国の「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・生殖医療学会が妊よう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。 ・本事業の助成状況について他の地方公共団体へ照会及び提供をすること。			
年 月 日		※秋田県使用欄	
申請者氏名 (自署)		申請者番号	
		助成決定金額	円

旧

様式第2-1号

秋田県
小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業申請書
(温存後生殖補助医療分)

秋田県知事 あて
次のとおり申請します。

		年 月 日	
申 請 者	ふりがな	生年月日	年 月 日生
	氏名	性別	男 ・ 女
	住所	〒 -	
	電話番号	患者アプリ番号 (12桁) ※原則必須。登録出来ない場合、理由を下記に記載	
	患者アプリを登録出来ない理由		
夫 (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな	生年月日	
	氏名	年 月 日生	
妻 (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな	生年月日	
	氏名	年 月 日生	
過去に妊よう性温存療法費用等助成事業(温存後生殖補助医療分)の助成を受けたことがありますか		【添付書類】 (添付したものに☑)	
☐ ない ☐ ある →自身が過去 () 回受けた →パートナーが過去 () 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 () ※令和4年4月1日以降に、他の都道府県が実施する 同様の助成を受けた場合は、通算回数に含めます。		<必須のもの> ☐ 秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業に係る温存後生殖補助医療証明書(様式第2-2号) ☐ 申請時に秋田県内に住所を有していることが確認できる住民票 ※個人番号の記載がなく、発行から3か月以内のもの ※事実婚の場合は、両人の住民票 ☐ 戸籍謄本 ※発行から3か月以内のもの ※2回目以降の申請で、住民票により法律上婚姻している夫婦であることが確認できる場合は省略可 ※事実婚の場合は、両人の戸籍謄本 <該当する方のみ添付いただくもの> ☐ 秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業に係る領収金額内訳証明書(温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関) (様式第2-3号) ☐ 事実婚関係に関する申立書(様式第2-4号) ☐ 死産届の写しその他死産に至ったことを確認できる書類	
振 込 先	フリガナ		
	口座名義		
	金融機関名	支店名	
	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)			
・本事業の趣旨を理解し、国の「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・生殖医療学会が妊よう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。 ・本事業の助成状況について他の地方公共団体へ照会及び提供をすること。			
年 月 日		※秋田県使用欄	
申請者氏名 (自署)		申請者番号	
		助成決定金額	円

新

◎注意事項

- 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。
- 助成決定金額は、秋田県から文書で通知します。
- 助成の対象となる治療費は、妊よう性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。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は対象外です。
- 助成額は、3に記載の費用であり、凍結胚（受精卵）を用いた場合は10万円、凍結未受精卵を用いた場合は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凍した胚移植を実施する場合及び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、人工授精を行う場合は1万円が上限となります。また、卵胎が発達しない、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。
- 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、本事業の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。
- 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2-3号の発行を依頼してください。
- 医療機関によっては、様式第2-2号、様式第2-3号及び様式第2-4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。
- 秋田県において、様式第1-1号の添付書類として様式第1-4号を既に提出している場合、様式第2-4号の提出は不要です。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明、具体的な治療内容（使用した薬剤等）、治療期間、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

＊＊ 持参の場合 ＊＊

受付窓口：秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策チーム（県庁2階）
受付時間：8時30分～17時15分（土曜日、日曜日、祝祭日、年末年始を除く。）

＊＊ 郵送の場合 ＊＊

宛先：〒010-8570 秋田県秋田市山王四丁目1番1号
秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策チーム
※ 特定記録や簡易書留等、記録が残る方法で送付してください。（郵送料は申請者ご負担ください。）
※ 申請に関することで連絡する場合がありますので、必ず申請書に電話番号をご記入ください。

問合せ先

秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策チーム
電話：018-860-1428（直通）

旧

◎注意事項

- 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。
- 助成決定金額は、秋田県から文書で通知します。
- 助成の対象となる治療費は、妊よう性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。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は対象外です。
- 助成額は、3に記載の費用であり、凍結胚（受精卵）を用いた場合は10万円、凍結未受精卵を用いた場合は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凍した胚移植を実施する場合及び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、人工授精を行う場合は1万円が上限となります。また、卵胎が発達しない、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。
- 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、本事業の助成を受けることができません。また、自身とパートナー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。
- 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2-3号の発行を依頼してください。
- 医療機関によっては、様式第2-2号、2-3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。
- 本事業に参加する方の妊よう性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。

申請方法

＊＊ 持参の場合 ＊＊

受付窓口：秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策チーム（県庁2階）
受付時間：8時30分～17時15分（土曜日、日曜日、祝祭日、年末年始を除く。）

＊＊ 郵送の場合 ＊＊

宛先：〒010-8570 秋田県秋田市山王四丁目1番1号
秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策チーム
※ 特定記録や簡易書留等、記録が残る方法で送付してください。（郵送料は申請者ご負担ください。）
※ 申請に関することで連絡する場合がありますので、必ず申請書に電話番号をご記入ください。

問合せ先

秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策チーム
電話：018-860-1428（直通）

新

様式第2-2号

秋田県
小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業に係る証明書
(温存後生殖補助医療実施医療機関)

秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業の実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、温存後生殖補助医療(※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
主治医氏名(自署)

温存後生殖補助医療の対象者(※2)	ふりがな	生年月日	年 月 日生
	氏名	性別	男 ・ 女
	患者アプリ番号	患者アプリ登録が無い場合、その理由	
配偶者(事実婚を含む)	ふりがな	生年月日	年 月 日生
	氏名	性別	男 ・ 女
秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業の温存後生殖補助医療指定医療機関ですか。		はい ・ いいえ	
対象者又は配偶者は、過去に秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業(温存後生殖補助医療分)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() 温存後生殖補助医療実施医療機関名()			
※令和4年4月1日以降に、他の都道府県が実施する同様の助成を受けた場合は、通算回数に含めます。			
治療方法	I	助成対象となる治療は、妊よう性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。 1 凍結した胚(受精卵)を用いた生殖補助医療 2 凍結した未受精卵を用いた生殖補助医療 3 凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療 4 凍結した精子を用いた生殖補助医療	生殖補助医療開始日 (年 月 日) 生殖補助医療終了日 (年 月 日) ※上記開始日と同じ場合も記載してください。 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	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()	
領収金額合計		円(内訳は裏面のとおり)	
備考			

- ※1 妊よう性温存療法により凍結した胚体を用いた生殖補助医療又は凍結した胚体の再移植後に実施した生殖補助医療のこと。
- ※2 妊よう性温存療法を受け、生殖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。

旧

様式第2-2号

秋田県
小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業に係る証明書
(温存後生殖補助医療実施医療機関)

秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業の実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、温存後生殖補助医療(※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
主治医氏名(自署)

温存後生殖補助医療の対象者(※2)	ふりがな	生年月日	年 月 日生
	氏名	性別	男 ・ 女
	患者アプリ番号	患者アプリ登録が無い場合、その理由	
配偶者(事実婚を含む)	ふりがな	生年月日	年 月 日生
	氏名	性別	男 ・ 女
秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業の温存後生殖補助医療指定医療機関ですか。		はい ・ いいえ	
対象者又は配偶者は、過去に秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業(温存後生殖補助医療分)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() 温存後生殖補助医療実施医療機関名()			
※令和4年4月1日以降に、他の都道府県が実施する同様の助成を受けた場合は、通算回数に含めます。			
治療方法	I	助成対象となる治療は、妊よう性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。 1 凍結した胚(受精卵)を用いた生殖補助医療 2 凍結した未受精卵を用いた生殖補助医療 3 凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療 4 凍結した精子を用いた生殖補助医療	生殖補助医療開始日 (年 月 日) 生殖補助医療終了日 (年 月 日) ※上記開始日と同じ場合も記載してください。 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	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()	
領収金額合計		円(内訳は裏面のとおり)	
備考			

- ※1 妊よう性温存療法により凍結した胚体を用いた生殖補助医療又は凍結した胚体の再移植後に実施した生殖補助医療のこと。
- ※2 妊よう性温存療法を受け、生殖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。

新

領収金額 内訳証明書

項 目	費 用
	円
	円
	円
	円
	円
	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	— —

- ・ 助成対象となる治療費のみを計上してください。
- ・ 助成の対象となる治療費は、妊孕性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。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は対象外です。
- ・ 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。

旧

領収金額 内訳証明書

項 目	費 用
	円
	円
	円
	円
	円
	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	— —

- ・ 助成対象となる治療費のみを計上してください。
- ・ 助成の対象となる治療費は、妊孕性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。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は対象外です。
- ・ 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。

新	旧
様式第 2 - 3 号 (略)	様式第 2 - 3 号 (略)

新

旧

様式第2－4号

秋田県
小児・A Y A世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等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した
(実施予定である)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 温存療法 を受けた 者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日 ・性別等	年 月 日生	男 ・ 女	
治療方法	原疾患について			
	原疾患名(※1)		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				
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。				
[] ① 「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の場合は以下も確認すること) 具体的な治療内容について、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表にチェックを付け、添付済み ☐ ※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表は性別に応じた様式を用いるものとする。				
[] 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				
[] ③ (ファンconi貧血等)、原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				
[] 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				
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		
妊よう性温存療法実施医療機関名		()		
妊よう性温存療法研究促進事業(妊よう性温存療法分)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 { } 4 上記のいずれにも該当せず、原疾患治療の証明のみ		
(いずれかの番号に○を付けてください)				
※令和3年4月1日以降に、他の都道府県が実施する同様の助成を受けた場合は、通算回数に含めます。				

※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。

(新設)

新

旧

様式第2-4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表（女性）

女性		P01リスク 「低」		P01リスク 「中」		P01リスク 「高」		
〔治療による早発閉経不全（P01）リスク〕								
化学療法	Cyclophosphamide equivalent dose (CED)	☐	<4,000 mg/m ²	☐	4,000～8,000 mg/m ²	☐	>8,000 mg/m ²	
		☐	<8,000 mg/m ²	☐	8,000～12,000 mg/m ²	☐	>12,000 mg/m ²	
	薬剤別	アルキル化薬		CEDの項で該当か所にチェックすること				
		白金製剤	☐	CDDP < 600 mg/m ² CBDCA	☐	CDDP > 600 mg/m ²		
		代謝拮抗薬	☐	Ara-C ☐ MTX GEM ☐ 6-MP	☐			
		ビンカルカロイド	☐	VCR	☐			
	レジメン別	モノクローナル抗体	☐	Beab	☐			
		AC/EC±タキサン	☐	AC×4サイクル (40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歳未満)	☐	AC/EC×4サイクル +タキサン (35歳以上)		
			☐	(F)EC×4サイクル + dose dense タキサン	☐			
		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)
		FOLFOX	☐	FOLFOX (40歳未満)	☐	FOLFOX (40歳以上)	☐	
		Escalated BEACOPP	☐	Escalated BEACOPP 2サイクル	☐	Escalated BEACOPP 6-8サイクル (30歳未満)	☐	Escalated BEACOPP 6-8サイクル (30歳以上)
		CHOP	☐	CHOP 6サイクル (35歳未満)	☐	CHOP 6サイクル (35歳以上)	☐	
		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	☐	骨肉腫治療		
			☐	急性リンパ性白血病治療	☐	ユーイング肉腫治療		
化学療法＋放射線治療		☐		☐	TMZ＋頭蓋照射 BCNU＋頭蓋照射 アルキル化薬＋骨髄照射			
造血幹細胞移植		☐		☐	GPA, BU, L-PAMを含むレジメン 全身照射を含むレジメン			
放射線治療		☐	放射性ヨウ素（I-131）	☐	頭蓋照射 > 40 Gy			
		☐	腹部／骨盤（思春期前） 10<15 Gy 腹部／骨盤（思春期以降） 5<10 Gy	☐	腹部／骨盤（思春期前） ≥15 Gy 腹部／骨盤（思春期以降） ≥10 Gy 腹部／骨盤（成人女性） > 6 Gy			

（日本癌治療学会編 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2024年12月改訂 第2版より一部改変）

（新設）

新

旧

様式第2-4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表（男性）

男性 (治療関連による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	Cytosophamide equivalent dose (CED)	☐ <4,000 mg/ml 約90%は精液所見正常	—	☐ ≥4,000 mg/ml ≥4,000 mg/ml：精子運動性低下 ≥8,000 mg/ml：無精子症が頻発・永続
	アルキル化薬	CEDの項で該当か所にチェックすること。		
	白金製剤	☐	☐ CDDP <600 mg/ml ☐ OSACA ☐ L-OHP	☐ CDDP >600 mg/ml
	アントラサイクリン	☐	☐ DXR ☐ IDR ☐ DNR ☐ MIT	
	代謝拮抗薬	☐ 6-MP ☐ MTX ☐ Flu	☐ Ara-C ☐ GEM	
	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 ☐ FlutL-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
	骨盤照射			☐ 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

（日本癌治療学会編 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2024年12月改訂 第2版より一部改変）

（新設）

新

旧

(参考) 略語表 (様式第2～4号別添)

略語	用語の説明
6-MP	6-mercaptopurine (6-メルカプトプリン)
ABVD	ドキソルビン、ブレオマイシン、ビンブラスチン、ダカルバジン
AC	ドキソルビン、シクロホスファミド
Act-D	actinomycin D (アクチノマイシンD)
Ara-C	cytosine arabinoside (シタラビン)
BCNU	bis-chloroethylnitrosourea (カルムスチン)
BEACOPP	ブレオマイシン、エトボシド、ドキソルビン、シクロホスファミド、ビンクリスチン、プロカルバジン、プレドニゾロン
BEP	ブレオマイシン、エトボシド、シスプラチン
BLM	bleomycin (ブレオマイシン)
Bmab	bevacizumab (ベバシズマブ)
BU	busulfan (ブスルファン)
CAF	シクロホスファミド、ドキソルビン、フルオロウラシル
CBDCA	carboplatin (カルボプラチン)
CCDP	cisplatin (シスプラチン)
CED	cyclophosphamide equivalent dose (シクロホスファミド相当量) ※
CEF	シクロホスファミド、エビルビシン、フルオロウラシル
CHOP	シクロホスファミド、ドキソルビン、ビンクリスチン、プレドニゾロン
CMF	シクロホスファミド、メトトレキサート、フルオロウラシル
COP	シクロホスファミド、ビンクリスチン、プレドニゾロン
CPA	cyclophosphamide (シクロホスファミド)
CVP	シクロホスファミド、ビンクリスチン、プレドニゾロン
DNR	daunorubicin (ダウノルビン)
DXR	doxorubicin (ドキソルビン)
EC	エビルビシン、シクロホスファミド
EP	エトボシド、シスプラチン
EPOCH	エトボシド、プレドニゾロン、ビンクリスチン、シクロホスファミド、ドキソルビン
ETP	etoposide (エトボシド)
Flu	fludarabine (フルダラ)
FOLFOX	レボホリナート、フルオロウラシル、オキサリプラチン
GEM	gemcitabine (ゲムシタビン)
IDR	idarubicin (イダルビン)
L-OHP	oxaliplatin (オキサリプラチン)
L-PAM	melfalan (メルファラン)
MIT	mitoxantrone (ミトキサントロン)
MMC	mitomycin C (マイトマイシンC)
MTX	methotrexate (メトトレキサート)
TAC	ドセタキセル、ドキソルビン、シクロホスファミド
TMZ	temozolomide (テモゾロミド)
VBL	vinblastine (ビンブラスチン)
VCR	vincristine (ビンクリスチン)
急性骨髄性白血病治療	アントラサイクリン、シタラビン
急性リンパ性白血病治療	多剤併用
骨肉腫治療	ドキソルビン、シスプラチン、メトトレキサート、イホスファミド
ユーイング肉腫治療	ビンクリスチン、ドキソルビン、アクチノマイシンD、シクロホスファミド、イホスファミド、エトボシド

※CEDとは、シクロホスファミド以外のアルキル化剤について、「この薬剤をシクロホスファミドに置き換えた場合、どの程度の量を投与したことになるか」を示すものであり、以下の式で算出される。

$CED (mg/m^2) = 1.0 (cumulative cyclophosphamide dose (mg/m^2)) + 0.244 (cumulative ifosfamide dose (mg/m^2)) + 0.857 (cumulative procarbazine dose (mg/m^2)) + 14.286 (cumulative chlorambucil dose (mg/m^2)) + 15.0 (cumulative BCNU dose (mg/m^2)) + 16.0 (cumulative CCNU dose (mg/m^2)) + 40 (cumulative melfalan dose (mg/m^2)) + 50 (cumulative Thio-TEPA dose (mg/m^2)) + 100 (cumulative nitrogen mustard dose (mg/m^2)) + 8.823 (cumulative busulfan dose (mg/m^2))$

(新設)

新	旧
様式第2－5号 事実婚関係に関する申立書 ____年____月____日 下記二名については、事実婚関係にあります。 本事業の温存後生殖補助医療の結果、出生した子については認知を行う意向です。 ① 住所 _____ 氏名 _____ ② 住所 _____ 氏名 _____ ※別世帯になっている理由 (①と②が別世帯となっている場合には記入) _____ _____ _____ 秋田県知事 あて	(新設)

新	旧
様式第 3－1 号、様式第 3－2 号（略）	様式第 3－1 号、様式第 3－2 号（略）
様式第 4 号（略）	様式第 4 号（略）
様式第 5－1 号、様式第 5－2 号（略）	様式第 5－1 号、様式第 5－2 号（略）
様式第 6－1 号、様式第 6－2 号、様式 6－3 号、様式第 6－4 号、様式第 6－5 号（略）	様式第 6－1 号、様式第 6－2 号、様式 6－3 号、様式第 6－4 号、様式第 6－5 号（略）