

岩手県小児・AYA世代のがん患者等妊孕性温存治療費助成金交付要綱

(目的)

第1条 将来子どもを産み育てることを望む小児・AYA世代のがん患者等の経済的負担を軽減するため、将来子どもを授かる可能性を温存する妊孕性温存療法及び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等（以下「温存後生殖補助医療」という。）に要する経費に対し、予算の範囲内で、岩手県補助金交付規則（昭和32年岩手県規則第71号。以下「規則」という。）及びこの要綱により助成金を交付する。

(妊孕性温存療法の助成対象者)

第2条 本事業の妊孕性温存療法の助成対象者は、次の各号に掲げる要件を全て満たす者とする。

(1) 岩手県内に住所を有する者

(2) 以下のいずれかの原疾患の治療を受ける者

ア 「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）の妊孕性低下リスク分類に示された治療

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

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) 第5条に定める対象となる妊孕性温存療法に係る治療の凍結保存時における年齢が43歳未満の者。なお、第5条第1項で定める胚（受精卵）凍結に係る治療の場合は、原則、治療開始時点で法律婚の関係にある夫婦のうち、女性が妊孕性温存療法対象者である場合を対象とするが、生まれてくる子の福祉に配慮しながら、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ことができる。

(4) 第9条の規定により知事が指定した妊孕性温存療法実施医療機関（検体保存機関）（以下「妊孕性温存療法指定医療機関」という。）において妊孕性温存治療を受けた者

(5) 申請を行う妊孕性温存治療について、他制度の助成を受けていない者

(6) 妊孕性温存療法指定医療機関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、妊孕性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と認められる者

ただし、子宮摘出が必要な場合等、本人が妊娠できないことが想定される場合を除く。

なお、妊孕性温存治療は第2号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。

(7) 妊孕性温存療法指定医療機関から妊孕性温存療法を受けること及び国の「小児・A Y A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」（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、本事業に参加することについて同意した者

なお、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

(温存後生殖補助医療の助成対象者)

第3条 本事業の温存後生殖補助医療の助成対象者は、次の各号に掲げる要件を全て満たす者とする。

- (1) 岩手県内に住所を有する者
- (2) 夫婦（事実婚の関係にある者を含む。以下同じ。）のいずれかが、第2条の各要件を満たし、第5条に定める治療を受けた後に、第7条に定める対象となる治療を受けた場合であって、第7条に定める治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診断された者
- (3) 治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満である夫婦
- (4) 第9条の規定により知事が指定した温存後生殖補助医療実施医療機関（以下「温存後生殖補助医療指定医療機関」という。）において温存後生殖補助医療の治療を受けた者
- (5) 申請を行う温存後生殖補助医療の治療について、他制度の助成を受けていない者
また、配偶者（事実婚の関係にある者を含む。）が、第7条の規定による助成を受けていない者。
- (6) 温存後生殖補助医療指定医療機関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、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
- (7) 温存後生殖補助医療指定医療機関から温存後生殖補助医療を受けること及び国実施要綱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、本事業に参加することについて同意した者

(妊孕性温存療法の助成対象となる費用)

第4条 本事業の妊孕性温存療法の助成対象となる費用は、妊孕性温存療法及び初回の凍結保存に要した医療保険適用外費用とする。

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 対象者の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助成の対象とする。

(妊孕性温存療法の助成対象治療及び助成上限額)

第5条 治療毎の1回あたりの助成上限額は、下表のとおりとする。

対象となる治療	1回あたりの助成上限額
(1) 胚（受精卵）凍結に係る治療	35万円
(2) 未受精卵凍結に係る治療	20万円
(3) 卵巣組織凍結に係る治療（組織の再移植を含む）	40万円
(4) 精子凍結に係る治療	2万5千円
(5) 精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療	35万円

2 助成回数は、対象者一人に対して通算2回までとする。

なお、異なる治療を受けた場合であっても通算2回までとし、他の都道府県が実施する「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」による妊孕性温存療法の助成についても通算回数に含めるものとする。

（温存後生殖補助医療の助成対象となる費用）

第6条 本事業の温存後生殖補助医療の助成対象となる費用は、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（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の自己負担部分は対象外とする。

（温存後生殖補助医療の助成対象治療及び助成上限額）

第7条 治療毎の1回あたりの助成上限額は、下表（詳細は別表2のとおり。）のとおりとする。

ただし、以下に掲げる生殖補助医療は助成対象外とする。

- (1) 夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供によるもの
- (2) 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
- (3) 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

対象となる治療	1回あたりの助成上限額
第5条第1項表中(1)の治療により凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療	10万円
第5条第1項表中(2)の治療により凍結した未受精卵を用いた生殖補助医療	25万円 (注1)
第5条第1項表中(3)の治療により凍結した卵	30万円

巣組織再移植後の生殖補助医療	(注 1 ～ 4)
第 5 条第 1 項表中(4)及び(5)の治療により凍結した精子を用いた生殖補助医療	30万円 (注 1 ～ 4)

注 1 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施する場合は10万円とする。

注 2 人工授精を実施する場合は1万円とする。

注 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は10万円とする。

注 4 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助成対象外とする。

- 2 助成回数は、初めて温存後生殖補助医療の助成を受けた際の治療期間の初日における妻の年齢が40歳未満である場合、通算6回（40歳以上であるときは通算3回）までとする。ただし、助成を受けた後に出産し又は妊娠12週以降に死産に至った場合にあっては、当該出産又は死産の後にを行う温存後生殖補助医療の助成回数には、以前に受けた助成回数を通算しないこととする。

(個人情報取扱い等)

第 8 条 県並びに原疾患治療及び妊孕性温存療法、温存後生殖補助医療に関わる医療機関は、本事業の実施に当たっては、個人情報の取扱いに十分留意するものとする。

(医療機関の指定等)

第 9 条 知事は、「国実施要綱」5（2）に基づき、医療機関からの申請に対して、本事業の妊孕性温存療法実施医療機関（検体保存機関）又は温存後生殖補助医療実施医療機関を指定医療機関として指定を行うものとする。

- 2 知事は指定医療機関の指定においては、他の都道府県の医療機関を指定することができる。また、他の都道府県知事が指定した医療機関を知事が指定したものとみなす。

- 3 知事は、指定医療機関から指定の辞退の申し出があったとき、指定医療機関が「国実施要綱」7に定める要件を欠くに至ったとき、又は、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。

(普及啓発)

第10条 知事は、本事業の普及啓発に努め、利用機会の拡大を図るものとする。

(提出書類及び提出期日)

第11条 規則に定める書類及びこれに添付する書類並びに提出期日は、別表1のとおりとする。

(申請の取下げ期日)

第12条 規則第8条第1項に規定する申請の取下げ期日は、助成金の交付の決定の通知を受領した日から起算して15日以内とする。

(台帳の整備)

第13条 知事は、助成の状況を明確にするため、岩手県小児・AYA世代のがん患者等妊孕性温存治療費助成金交付台帳（妊孕性温存療法分）（様式第4-1号）及び岩手県小児・AYA世代のがん患者等妊孕性温存治療費助成金交付台帳（温存後生殖補助医療分）（様式第4-2号）を備えるものとする。

(その他)

第14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。

附 則

この要綱は、令和3年5月21日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和7年4月1日から施行し、令和7年度分の補助金から適用する。
- 2 妊孕性温存療法又は温存後生殖補助医療による治療が令和7年3月31日までに終了した者の申請については、この要綱による改正後の様式にかかわらず、なお従前の様式によることができる。

別表 1（第11条関係）

条 項	提出書類及び添付書類	様 式	提出期限
規則第 4 条の規定 による書類	1 岩手県小児・AYA世代のがん 患者等の妊孕性温存療法研究促進 事業参加申請書（妊孕性温存療法 分）	様式第 1－1 号	別に定める 。
	2 添付書類		
	（1） 岩手県小児・AYA世代の がん患者等の妊孕性温存療法研 究促進事業に係る証明書（妊孕 性温存療法実施医療機関）	様式第 1－2 号	
	（2） 岩手県小児・AYA世代の がん患者等の妊孕性温存療法研 究促進事業に係る領収金額内訳 証明書（妊孕性温存療法実施医 療機関の連携機関）	様式第 1－3 号	
	（3） 岩手県小児・AYA世代の がん患者等の妊孕性温存療法研 究促進事業に係る証明書（原疾 患治療実施医療機関）	様式第 1－4－1 号及び様式第 1－ 4－2 号	
	（4） 事実婚関係に関する申立書 （5） その他知事が必要と認める 書類	様式第 1－5 号	

	3 岩手県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業参加申請書（温存後生殖補助医療分）	様式第2－1号	別に定める。 。
	4 添付書類		
	（1） 岩手県小児・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	
	（2） 岩手県小児・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	
	（3） 事実婚関係に関する申立書	様式第2－4号	
	（4） その他知事が必要と認める書類		
規則第13条第1項の規定による書類	岩手県小児・AYA世代のがん患者等妊孕性温存治療費助成金請求書	様式第3号	別に定める。 。

別表2 温存後生殖補助医療毎の助成上限額の詳細

第5条第1項表中(1)の治療により凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療

治療内容 助成上限額	(胚解凍)	薬品投与	凍結胚移植		妊娠の確認
			胚移植	黄体期補充療法	
C（以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施）	10万円				

第5条第1項表中(2)の治療により凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療

治療内容	助成上限額	卵子解凍	採精（夫）	受精	新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植			妊娠の確認	
					胚移植	黄体期補充療法		薬品投与	胚移植	黄体期補充療法		
A（新鮮胚移植を実施）	25万円											
B（凍結胚移植を実施）	25万円											
C（以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施）	10万円											
E（体調不良等により移植のめどが立たず治療終了）	25万円											
F（受精できず、または、受精したが胚が発育せず）	25万円											

第5条第1項表中(3)の治療により凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療

治療内容	助成上限額	採卵まで			採精（夫）	受精	新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植			妊娠の確認	
		薬品投与(点鼻薬)	薬品投与(注射)	採卵			胚移植	黄体期補充療法		薬品投与	胚移植	黄体期補充療法		
A（新鮮胚移植を実施）	30万円													
B（凍結胚移植を実施）	30万円													
C（以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施）	10万円													
D（人工授精を実施）	1万円													
E（体調不良等により移植のめどが立たず治療終了）	30万円													
F（受精できず、または、受精したが胚が発育せず）	30万円													
G（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）	10万円													
H（卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止）	対象外													
I（排卵準備中、体調不良等により治療中止）	対象外													

第5条第1項表中(4)及び(5)の治療により凍結した精子を用いた生殖補助医療

治療内容	助成上限額	採卵まで			(精子解冻)	受精	新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植			妊娠の確認
		薬品投与(点鼻薬)	薬品投与(注射)	採卵			胚移植	黄体期補充療法		薬品投与	胚移植	黄体期補充療法	
A (新鮮胚移植を実施)	30万円												
B (凍結胚移植を実施)	30万円												
C (以前に凍結した胚を解冻して胚移植を実施)	10万円												
D (人工授精を実施)	1万円												
E (体調不良等により移植のめどが立たず治療終了)	30万円												
F (受精できず、または、受精したが胚が発育せず)	30万円												
G (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)	10万円												
H (卵胎が発育しない、又は排卵終了のため中止)	対象外												
I (排卵準備中、体調不良等により治療中止)	対象外												

岩手県
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参加申請書
(妊孕性温存療法分)

岩手県知事 様
次のとおり申請します。

		年		月		日			
申 請 者	ふりがな					妊孕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								
妊孕性温存療法を受けた者 (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	〒 -							
電話番号		-					-		
妊孕性温存療法研究促進事業(妊孕性温存療法分)の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)							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 { }		
岩手県小児・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☑) ☐ 岩手県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書(妊孕性温存療法実施医療機関)(様式第1-2号) ☐ 岩手県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る領収金額内訳証明書(妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関)(様式第1-3号) ☐ 岩手県小児・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1-4-1号及び様式第1-4-2号) ☐ 申請時に岩手県内に住所を有していることが確認できるもの(住民票等) ☐ 夫婦であることを証明できる書類(胚凍結の場合)								
振 込 先	フリガナ			金融機関名			支 店 名	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)									
・ 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ると認める者に対して、当該情報を提供すること。 ・ 本事業の助成状況について他の都道府県へ照会及び提供をすること。 年 月 日 申請者氏名 (自署)									
							助成決定金額 ※岩手県使用欄		
							円		

◎注意事項

- 1 妊孕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、岩手県から文書で通知します。
- 4 助成の対象となる治療費は、妊孕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、妊孕性温存療法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、合計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1－3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1－2号、様式第1－3号、様式第1－4－1号及び様式第1－4－2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孕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ると認める者に対し、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。

郵送先

〒020-8570 岩手県盛岡市内丸10番1号 岩手県保健福祉部医療政策室地域医療推進担当

問合せ先

岩手県保健福祉部医療政策室地域医療推進担当 電話：019-629-5416

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

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孕性温存療法に要する費用のうち、精子、卵子、卵巢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、妊孕性温存療法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除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。
- ・ 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。

岩手県
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に係る領収金額内訳証明書
(妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関)

岩手県小児・ＡＹＡ世代のがん患者等妊孕性温存治療費助成金交付要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、妊孕性温存療法実施医療機関の指導に基づく妊孕性温存療法（※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 _____
(自署)

妊孕性 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
妊孕性温存療法を受ける患者の紹介を受けた妊孕性温存療法指定医療機関名と当該医師名		医療機関の名称 () 妊孕性温存療法主治医の氏名 ()	
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
			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 助成の対象となる費用は、妊孕性温存療法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除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。

岩手県
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)

妊孕性 温存療 法を受 けた(受 ける)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			
該当するものに○を付けてください。				
〔 〕 ① 「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)の妊孕性低下リスク分類に示された治療 (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、様式第1-4-2号にチェックを付け、添付済み 〔 〕 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				
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		
妊孕性温存療法実施医療機関名		()		
妊孕性温存療法研究促進事業(妊孕性温存療法分)の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)		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。

様式 1-4-2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 〔治療による早発卵巣不全（POI）リスク〕		POIリスク 「低」	POIリスク 「中」	POI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	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	
		モノクローナル抗体	☐ Bmab	
	レジメン別	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 (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)
		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 ☐ 急性リンパ性白血病治療	☐ 骨肉腫治療 ☐ 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＋骨盤照射
造血幹細胞移植				☐ CPA, 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（思春期前） ≥15 Gy
			☐ 腹部／骨盤（思春期以降） 5-＜10 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）

様式 1－4－2 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	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 ：精子運動性低下 ≥8,000 mg/m ² ：無精子症が遷延・永続
	薬剤別	アルキル化薬	CEDの項で該当が所にチェックすること。	
		白金製剤	☐ CDDP<600 mg/m ² ☐ CBDCA ☐ 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 ☐ 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＋骨盤照射 ☐ 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 ☐ Flu+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）

(参考) 略語表

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, エトポシド, ドキシソルビシン, シクロホスファミド, ピンクリスチン, プロカルバジン, プレドニゾロン
BEP	プレオマイシン, エトポシド, 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, ドキシソルビシン, ピンクリスチン, 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, ピンクリスチン, 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, ピンクリスチン, 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	エビルビシン, シクロホスファミド
EP	エトポシド, シスプラチン
EPOCH	エトポシド, プレドニゾロン, ピンクリスチン, シクロホスファミド, ドキシソルビシン
ETP	etoposide (エトポシド)
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 (イダルビシン)
L-OHP	oxaliplatin (オキサリプラチン)
L-PAM	melphalan (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 (ピンクリスチン)
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	ピンクリスチン, 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, エトポシド

※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。

$$\text{CED (mg/m}^2\text{)} = 1.0 (\text{cumulative cyclophosphamide dose (mg/m}^2\text{)}) + 0.244 (\text{cumulative ifosfamide dose (mg/m}^2\text{)}) + 0.857 (\text{cumulative procarbazine dose (mg/m}^2\text{)})$$

$$+ 14.286 (\text{cumulative chlorambucil dose (mg/m}^2\text{)}) + 15.0 (\text{cumulative BCNU dose (mg/m}^2\text{)}) + 16.0 (\text{cumulative CCNU dose (mg/m}^2\text{)}) + 40 (\text{cumulative melphalan dose (mg/m}^2\text{)}) + 50 (\text{cumulative Thio-TEPA dose (mg/m}^2\text{)}) + 100 (\text{cumulative nitrogen mustard dose (mg/m}^2\text{)}) + 8.823 (\text{cumulative busulfan dose (mg/m}^2\text{)})$$

様式第 1－5 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。

本事業の妊孕性温存療法により凍結保存した胚は、事実婚または婚姻関係が継続している間に限り保存することに同意し、これらの関係が解消された場合、速やかに凍結保存を行った指定医療機関にその旨を申し出ます。

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)

岩手県知事 様

岩手県
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参加申請書
(温存後生殖補助医療分)

岩手県知事 様
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、理由を下欄に記載		
	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		
過去に妊孕性温存療法研究促進事業 (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 →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 ※助成を受けたことがある場合 助成を受けた都道府県名 ()				【添付書類】 (添付したものに☑) ☐ 岩手県小児・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) ☐ 岩手県小児・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) ☐ 岩手県小児・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1－4－1号及び様式第1－4－2号) ☐ 夫婦であることを証明できる書類 ☐ 申請時に岩手県内に住所を有していることが確認できるもの (住民票等)		
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、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りと認める者に対して、当該情報を提供すること。 ・ 本事業の助成状況について他の都道府県へ照会及び提供をすること。 年 月 日 申請者氏名 (自署) _____						
				助成決定金額 ※岩手県使用欄 円		

◎注意事項

- 1 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。
- 2 助成決定金額は、岩手県から文書で通知します。
- 3 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。
- 4 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、凍結未受精卵子を用いた場合は25万円、凍結した卵巢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。
- 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2-3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2-2号、様式第2-3号、様式第1-4-1号及び様式第1-4-2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（J0FR）」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ると認める者に対し、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 同一の都道府県において、様式第1-1号の添付書類として様式第1-4-1号及び様式第1-4-2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。

郵送先

〒020-8570 岩手県盛岡市内丸10番1号 岩手県保健福祉部医療政策室地域医療推進担当

問合せ先

岩手県保健福祉部医療政策室地域医療推進担当 電話：019-629-5416

岩手県
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)

岩手県小児・ＡＹＡ世代のがん患者等妊孕性温存治療費助成金交付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
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、過去に妊孕性温存療法研究促進事業（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（ ）				
治療方法	Ⅰ	助成対象となる治療は、妊孕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。	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 ()	
		1 凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療 2 凍結した未受精卵子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		
	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凍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ちらに御記入ください。（※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のこと。
- ※２ 妊孕性温存療法を受け、生殖補助医療に用いた凍結検体の提供者又は凍結検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、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。

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。

岩手県
小児・A Y A 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進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)

岩手県小児・A Y A 世代のがん患者等妊孕性温存治療費助成金交付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実施医療機関の指導に基づく温存後生殖補助医療（※ 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 _____
(自署)

温存後生殖補助医療の対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏名		性別	男 ・ 女
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
温存後生殖補助医療を受ける患者の紹介を受けた温存後生殖補助医療指定医療機関名と当該医師名			医療機関の名称 () 温存後生殖補助医療主治医の氏名 ()	
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	
			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 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のこと。

※ 2 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。

様式第 2 - 4 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)

岩手県知事 様

様式第 3 号

岩手県小児・A Y A 世代のがん患者等妊孕性温存治療費助成金請求書

年 月 日

岩手県知事 様

請求者 住所
氏名

年 月 日付け岩手県指令 第 号で交付決定のあった岩手県小児・A Y A 世代のがん患者等妊孕性温存治療費助成金について、次のとおり請求します。

請求金額 金 円

[illegible]

[illegible]