

茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業実施要綱の一部改正 新旧対照表

改 正 後	現 行
茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業実施要綱	茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業実施要綱
第1条～第2条 (略)	第1条～第2条 (略)
(対象者)	(対象者)
第3条 本事業の妊孕性温存療法に係る助成対象者は、次に掲げる要件を全て満たす者とする。	第3条 本事業の妊孕性温存療法に係る助成対象者は、次に掲げる要件を全て満たす者とする。
(1)～(2) (略)	(1)～(2) (略)
(3) 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。	(3) 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。
ア 「小児・ <u>AYA世代</u> 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</u> 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	ア 「小児、 <u>思春期・若年</u> がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン（ <u>日本癌治療学会</u> ）の妊孕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> 」
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	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	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	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
(4)～(5) (略)	(4)～(5) (略)
第3条の2～第5条の2 (略)	第3条の2～第5条の2 (略)
(妊孕性温存療法に係る助成の申請)	(妊孕性温存療法に係る助成の申請)
第6条 (略)	第6条 (略)
(1) (略)	(1) (略)
(2) 茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業に係る	(2) 茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業に係る

改 正 後	現 行
証明書（原疾患治療実施医療機関）（様式第2－1 <u>－1</u>号）又は様式第2－1 <u>－1</u>号と同等の内容が記載された診療情報提供書等<u>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が作成したものであること。）</u> （3）～（4） （略） （温存後生殖補助医療に係る助成の申請） 第6条の2 本事業による助成を受けようとする対象者は、妊孕性温存療法<u>等</u>助成事業申請書（様式第1－2号）及び次に掲げる書類を添付した上で温存後生殖補助医療に係る費用の支払日の属する年度内に、知事又は受託者に申請する。ただし、妊孕性温存療法実施後、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。 （1）～（3） （略） （4）過去に妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療に係る助成を受けていない場合には、様式第2－1 <u>－1</u>号又は様式第2－1 <u>－1</u>号と同等の内容が記載された診療情報提供書等<u>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が作成したものであること。）</u> （5） （略）	証明書（原疾患治療実施医療機関）（様式第2－1 ____号）又は様式第2－1 ____号と同等の内容が記載された診療情報提供書等 _____ _____ （3）～（4） （略） （温存後生殖補助医療に係る助成の申請） 第6条の2 本事業による助成を受けようとする対象者は、妊孕性温存療法__助成事業申請書（様式第1－2号）及び次に掲げる書類を添付した上で温存後生殖補助医療に係る費用の支払日の属する年度内に、知事又は受託者に申請する。ただし、妊孕性温存療法実施後、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。 （1）～（3） （略） （4）過去に妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療に係る助成を受けていない場合には、様式第2－1 ____号又は様式第2－1 ____号と同等の内容が記載された診療情報提供書等 _____ _____ （5） （略）

改 正 後	現 行
附則 この要綱は、令和３年４月１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 この要綱は、令和５年４月１日から施行する。 附則 この要綱は、令和５年６月１９日から施行する。 附則 この要綱は、令和６年３月２７日から施行する。 附則 この要綱は、令和６年４月１日から施行する。 <u>附則</u> <u>この要綱は、令和７年４月１日から施行する。</u> 別紙１ （略）	附則 この要綱は、令和３年４月１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 この要綱は、令和５年４月１日から施行する。 附則 この要綱は、令和５年６月１９日から施行する。 附則 この要綱は、令和６年３月２７日から施行する。 附則 この要綱は、令和６年４月１日から施行する。 ——— ————— 別紙１ （略）

改 正 後

様式第1-1号（第6条関係）

茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業申請書
（妊孕性温存療法分）

公益社団法人茨城県看護協会会長 殿

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） ※記載出来ない場合は下欄に理由を記載してください	
	患者アプリ番号を 記載出来ない理由		
妊孕性温 存療法を 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	—	
妊孕性温存療法等助成事業（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 []	
茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成 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	（添付したものに印） ☐ 茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業に係る証明書 （妊孕性温存療法実施医療機関）（茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業指定 医療機関指定要項様式第2-1号） ☐ 茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成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運送機関）（様式第2-2号） ☐ 茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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2-1-1号及び様式第 2-1-2号） ☐ 申請時に茨城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（結婚届の場合） ☐ 助成金額込の通帳等の写し		
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）			
・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」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補補助医 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、他の都道府県へ照会及び提供をすること。			
年 月 日		助成決定金額 ※茨城県使用欄	
申請者氏名（自署）		円	

裏面 (略)

現 行

様式第1-1号（第6条関係）

茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業申請書
（妊孕性温存療法分）

公益社団法人茨城県看護協会会長 殿

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） ※記載出来ない場合は下欄に理由を記載してください	
	患者アプリ番号を 記載出来ない理由		
妊孕性温 存療法を 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	—	
妊孕性温存療法等助成事業（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 []	
茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成 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	（添付したものに印） ☐ 茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業に係る証明書 （妊孕性温存療法実施医療機関）（茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業指定 医療機関指定要項様式第2-1号） ☐ 茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成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運送機関）（様式第2-2号） ☐ 茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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2-1-1号） ☐ 申請時に茨城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（結婚届の場合）		
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）			
・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」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補補助医 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、他の都道府県へ照会及び提供をすること。			
年 月 日		助成決定金額 ※茨城県使用欄	
申請者氏名（自署）		円	

裏面 (略)

改正後

様式第1-2号（第6条の2関係）

茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業申請書 （温存後生殖補助医療分）

公益社団法人茨城県看護協会会長 殿

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） ※記載出来ない場合は下欄 に理由を記載してください	
	患者アプリ番号を 記載出来ない理由		
夫 （申請者と 同じ場合は 記入不要）	ふりがな	生年月日	
	氏名	年 月 日生	
妻 （申請者と 同じ場合は 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 →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☑） □ 茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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） （茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業指定医療機関指定要項様式第2-2号） □ 茨城県小児・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領内訳証明書（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） □ 茨城県小児・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2-1-1号及び様式第2-1-2号） □ 夫婦であることを証明できる書類 □ 申請時に茨城県内に住所を有していることが確認できるもの（住民票） □ 助成金の振込先口座の通帳等の写し			
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）			
・ 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」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 ※茨城県使用欄 円			

現行

様式第1-2号（第6条の2関係）

茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業申請書 （温存後生殖補助医療分）

公益社団法人茨城県看護協会会長 殿

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） ※記載出来ない場合は下欄 に理由を記載してください	
	患者アプリ番号を 記載出来ない理由		
夫 （申請者と 同じ場合は 記入不要）	ふりがな	生年月日	
	氏名	年 月 日生	
妻 （申請者と 同じ場合は 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 →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 （ ） 【添付書類】（添付したものに☑） □ 茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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） （茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業指定医療機関指定要項様式第2-2号） □ 茨城県小児・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領内訳証明書（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） □ 夫婦であることを証明できる書類 □ 申請時に茨城県内に住所を有していることが確認できるもの（住民票）			
振 込 先 （通帳等 の写しを 添付）	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）			
・ 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」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 ※茨城県使用欄 円			

改 正 後	現 行
◎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、茨城県看護協会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（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。 9 茨城県において、様式第１－１号の添付書類として様式第２－１－１号及び様式第２－１－２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、<u>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。</u> 郵送先 〒３１０－００３４ 茨城県水戸市緑町３－５－３５（茨城県保健衛生会館内） 問合せ先 公益社団法人 茨城県看護協会 「いばらき みんなのがん相談室」 電話０２９－２２２－１２１９ 月曜～金曜 ９:00～16:00	◎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、茨城県看護協会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。 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（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 〒３１０－００３４ 茨城県水戸市緑町３－５－３５（茨城県保健衛生会館内） 問合せ先 公益社団法人 茨城県看護協会 「いばらき みんなのがん相談室」 電話０２９－２２２－１２１９ 月曜～金曜 ９:00～16:00

改正後

様式第2-1-1号（第6条（2）関係）

茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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			
	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、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」（一般社団法人日本臨床学会）の妊孕性低下リスク分類に示された治療 （①の場合は、以下も記載すること） □ 具体的な治療内容について、様式第2-1-2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		
	〔 削除 〕	〔 削除 〕		
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		（ ）		
妊孕性温存療法助成事業の申請回数 （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		

※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。
〔 削除 〕

現行

様式第2-1号（第6条（2）関係）

茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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			
	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、 <u>思春期・青年</u> がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン」（一般社団法人日本臨床学会）の妊孕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>		
	〔 〕	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		
妊孕性温存療法実施医療機関名		（ ）		
妊孕性温存療法助成事業の申請回数 （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〔 〕		

※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分かるよう、具体的に記載ください。

改正後

様式第2-1-2号(第6条(2)関係)

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(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 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	☐ 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 CDDP>600 mg/m ²	
		代謝拮抗薬	☐ Ara-C ☐ MTX ☐ 6-MP	
		ビンカルカロイド	☐ VCR	
		モノクローナル抗体	☐ Mab	
	レジメン別	AG/EC±タキサン	☐ AG×4サイクル (40歳未満) ☐ AG/EC×4サイクル +タキサン (35歳未満)	☐ AG×4サイクル (40歳以上) ☐ AG/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)
		FOLFOLX	☐ FOLFOLX (40歳未満)	☐ FOLFOLX (40歳以上)
		Escalated BEA00PP	☐ Escalated BEA00PP 2サイクル	☐ Escalated BEA00PP 6-8サイクル (30歳未満) ☐ Escalated BEA00PP 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 ☐ GVP ☐ 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			☐ TBI+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			☐ 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(1-131)		☐ 頭蓋照射 >40 Gy ☐ 頭部/骨髄(思春期前) ≥15 Gy ☐ 頭部/骨髄(思春期以降) ≥10 Gy ☐ 頭部/骨髄(成人女性) >6 Gy
			☐ 頭部/骨髄(思春期前) 10-15 Gy ☐ 頭部/骨髄(思春期以降) 5-10 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)

現行

(新設)

改正後

様式第2-1-2号(第6条(2)関係)

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 前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 無精子症が産生・持続
	薬剤別	CEDの項で該当か所にチェックすること。		
	アルキル化薬		☐ CDOP<600 mg/m ² ☐ CBDCA ☐ L-OHP	☐ CDOP>600 mg/m ²
	白金製剤			
	アントラサイクリン		☐ DXR ☐ DNR	☐ IDR ☐ 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 ☐ OOP	☐ 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 ☐ Flu+L-PAM ☐ アルキル化薬+全身照射
放射線治療	全身照射	☐ 放射性ヨウ素 (I-131)		
	頭蓋照射			☐ 実施あり ☐ ≥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)

現行

(新設)

改正後

様式第2-1-2号(第6条(2)関係)

(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、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	ブレオマイシン、エトポシド、ドキソルビシン、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	ブレオマイシン、エトポシド、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、ドキソルビシン、フルオロウラシル
CBDCA	carboplatin (カルボプラチン)
CDP	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、ビンクリスチン、シクロホスファミド、ドキソルビシン
ETP	etoposide (エトポシド)
Flu	fludarabine (フルダラ)
FOLFOLX	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。

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

様式第2-3号～様式第3-2号 (略)

現行

(新設)

様式第2-3号～様式第3-2号 (略)

茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業実施要綱

（目的）

第1条 将来子どもを産み育てることを望む小児・AYA世代のがん患者等が希望を持ってがん治療等に取り組めるよう、将来子どもを授かる可能性を温存するための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、国の小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に基づき、患者から臨床情報等のデータを収集し、妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療の有効性・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等の妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療の研究（以下「国研究事業」という。）の促進を図ることを目的とする。

（実施主体）

第2条 実施主体は茨城県とする。ただし、茨城県知事（以下「知事」という。）は、事業を適切に実施できると認める事業者等に本事業を委託できるものとする。

（対象者）

第3条 本事業の妊孕性温存療法に係る助成対象者は、次に掲げる要件を全て満たす者とする。

（1）申請時に、茨城県内に住所を有している者

（2）第4条に定める対象となる治療の凍結保存時に43歳未満の者。なお、第4条

（1）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。婚姻関係の確認手法等については、第6条の2（2）に準拠することとする（ただし、事実婚関係に関する申立書は様式第3-1号を用いるものとする）。

（3）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。

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

- (4) 知事が別に指定する医療機関（以下「妊孕性温存療法指定医療機関」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を対象とする。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は除く。

なお、原疾患の治療前を基本とするが、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。

- (5) 妊孕性温存療法指定医療機関より、妊孕性温存療法を受けること及び国研究事業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、同事業に参加することに同意した者を対象とする。

なお、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が同意した者を対象とする。

（温存後生殖補助医療に係る助成対象者）

第3条の2 本事業の温存後生殖補助医療法に係る助成対象者は、次に掲げる要件を全て満たす者とする。

- (1) 申請時に、夫婦のいずれかが茨城県内に住所を有している者
- (2) 原則として、夫婦のいずれか前条の要件を満たし、第4条に定める治療を受けた後に、第4条の2に定める対象となる治療を受けた場合であって、第4条の2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（原則、法律婚の関係にある夫婦を対象とするが、生まれてくる子の福祉に配慮しながら、事実婚の関係にある者も対象とする）。
- (3) 治療期間の初日における妻の年齢が原則43歳未満である夫婦
- なお、43歳以上である場合には、国研究事業の対象とはするが、本事業の助成対象とはしない。
- (4) 知事が別に指定する医療機関（以下「温存後生殖補助医療指定医療機関」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、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を対象とする。
- (5) 温存後生殖補助医療指定医療機関より、温存後生殖補助医療を受けること及び国研究事業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、同事業に参加することに同意した者を対象とする。

（対象となる妊孕性温存療法に係る治療）

第4条 本事業の対象となる妊孕性温存療法に係る治療については、以下のいずれかとする。

- (1) 胚（受精卵）凍結に係る治療
- (2) 未受精卵凍結に係る治療
- (3) 卵巣組織凍結に係る治療（組織の再移植を含む）

(4) 精子凍結に係る治療

(5) 精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療

(対象となる温存後生殖補助医療)

第4条の2 本事業の対象となる温存後生殖補助医療については、以下のいずれかとする。

(1) 第4条(1)で凍結した胚(受精卵)を用いた生殖補助医療

(2) 第4条(2)で凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療

(3) 第4条(3)で凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療

(4) 第4条(4)又は(5)で凍結した精子を用いた生殖補助医療

ただし、以下に係る生殖補助医療は助成対象外とする。

ア 夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供によるもの

イ 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

ウ 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

(妊孕性温存療法に係る助成額等)

第5条 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 治療毎の1回あたりの助成上限額については、下記の表のとおりとする。

対象となる治療	1回あたりの助成上限額
胚(受精卵)凍結に係る治療	35万円
未受精卵子凍結に係る治療	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

3 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回までとする。

4 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、本事業の助成の対象外とする。

(温存後生殖補助医療に係る助成額等)

第5条の2 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は対象外とする。また、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における自己負担部分は対象外とする。

2 治療毎の1回あたりの助成上限額については、下記の表のとおりとする。（詳細については別紙1を参照）

対象となる治療	1回あたりの助成 上限額
第4条（1）で凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療	10万円
第4条（2）で凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療	25万円 ※1
第4条（3）で凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療	30万円 ※1～4
第4条（4）及び（5）で凍結した精子を用いた生殖補助医療	30万円 ※1～4

※1 以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合は10万円

※2 人工授精を実施する場合は1万円

※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

※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対象外

3 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、出産した場合は、住民票と戸籍謄本等で出生に至った事実を確認した上で、これまで受けた助成回数をリセットすることとする。また、妊娠12週以降に死産に至った場合は、死産届の写し等により確認した上で、これまで受けた助成回数をリセットすることとする。

4 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、本事業の助成の対象外とする。

また、夫、妻の両者が第3条の要件を満たし、ともに第4条に定める治療を受けた後に、第4条の2に定める対象となる治療を受けた場合、夫婦の一方のみに第4条の2の区分のいずれかで助成を行うこととし、それぞれが別に助成を受けることは認められない。

（妊孕性温存療法に係る助成の申請）

第6条 本事業による助成を受けようとする対象者は、妊孕性温存療法助成事業申請書（様式第1－1号）及び次に掲げる書類を添付した上で妊孕性温存療法に係る費用の支払日の属する年度内に、知事又は委託事業の実施者（以下「受託者」という。）に申請する。

ただし、妊孕性温存療法実施後、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。

- (1) 茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業に係る証明書
(妊孕性温存療法実施医療機関)(知事が別に定める指定医療機関指定要項様式第2-1号)

なお、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するものとし、詳細の記載がない場合は、茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成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2-2号)の発行を依頼するものとする。

- (2) 茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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2-1-1号)又は様式第2-1-1号と同等の内容が記載された診療情報提供書等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が作成したものであること。)
- (3) 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)
- (4) その他知事又は受託者が必要と認めるもの

(温存後生殖補助医療に係る助成の申請)

第6条の2 本事業による助成を受けようとする対象者は、妊孕性温存療法等助成事業申請書(様式第1-2号)及び次に掲げる書類を添付した上で温存後生殖補助医療に係る費用の支払日の属する年度内に、知事又は受託者に申請する。ただし、妊孕性温存療法実施後、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。

- (1) 茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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)(知事が別に定める指定医療機関指定要項様式第2-2号)

なお、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するものとし、詳細の記載がない場合は、茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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)の発行を依頼するものとする。

- (2) 婚姻関係が確認できるもの
 - ア 法律婚の場合 両人の戸籍謄本
 - イ 事実婚の場合(ただし、(c)については夫婦が同一世帯でない場合に限る)
 - (a) 両人の戸籍謄本
 - (b) 両人の住民票

- (c) 両人の事実婚関係に関する申立書（様式第3－2号）
- (3) 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）
- (4) 過去に妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療に係る助成を受けていない場合には、様式第2－1－1号又は様式第2－1－1号と同等の内容が記載された診療情報提供書等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が作成したものであること。）
- (5) その他知事又は受託者が必要と認めるもの

（助成金の返還）

第7条 知事又は受託者は、虚偽の申請その他不正な行為により助成金の支給を受けた者があるときは、その者から当該助成した額の全部又は一部を返還させることができる。

（台帳）

第8条 知事又は受託者は、助成の状況を明確にするため、本事業に係る台帳を備え付け、助成の状況を把握する。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。

（個人情報の取扱い）

第9条 本事業の関係者は、患者等に与える精神的影響を考慮して、本事業によって知り得た情報の取扱いについて慎重に配慮するよう留意するとともに、特に個人情報の取扱いについては、その保護に十分配慮するものとする。

附則

この要綱は、令和3年4月1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

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

附則

この要綱は、令和5年6月19日から施行する。

附則

この要綱は、令和6年3月27日から施行する。

附則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

附則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

別紙 1 温存後生殖補助医療毎の助成上限額の詳細

妊孕性温存療法の胚（受精卵）凍結に係る治療で凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療

治療内容	助成上限額	(胚凍結)	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					

妊孕性温存療法の未受精卵子凍結に係る治療で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	卵子凍結	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）	2 5 万円										
B（凍結胚移植を実施）	2 5 万円										
C（以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施）	1 0 万円										
E（体調不良等により移植のめどが立たず治療終了）	2 5 万円										
F（受精できず、又は、受精したが胚が発育せず）	2 5 万円										

妊孕性温存療法の卵巣組織凍結に係る治療（組織の再移植を含む）で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、又は、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													

妊孕性温存療法の精子凍結に係る治療及び精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療で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			（精子解凍）	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、又は、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														

茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業申請書
（妊孕性温存療法分）

公益社団法人茨城県看護協会会長 殿

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） ※記載出来ない場合は下欄に理由を記載してください			
	患者アプリ番号を記載出来ない理由								
妊孕性温存療法を受けた者 （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	— —								
妊孕性温存療法等助成事業（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 { }			
茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業 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☑） ☐ 茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業に係る証明書 （妊孕性温存療法実施医療機関）（茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業指定医療機関指定要項様式第 2－1 号） ☐ 茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成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 2－2 号） ☐ 茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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 2－1－1 号及び様式第 2－1－2 号） ☐ 申請時に茨城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） ☐ 助成金振込先の通帳等の写し								
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）									
・ 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」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、当該の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 ※茨城県使用欄			
						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、茨城県看護協会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 医療機関によっては、様式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。
- 9 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2-2号の発行を依頼してください。
- 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。

郵送先

〒310-0034
茨城県水戸市緑町3-5-35（茨城県保健衛生会館内）

公益社団法人 茨城県看護協会
「いばらき みんなのがん相談室」

問合せ先

電話029-222-1219 月曜～金曜 9:00～16:00

茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業申請書
（温存後生殖補助医療分）

公益社団法人茨城県看護協会会長 殿

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） ※記載出来ない場合は下欄 に理由を記載してください			
	患者アプリ番号を 記載出来ない理由						
夫 （申請者と 同じ場合は 記入不要）	ふりがな				生年月日		
	氏名				年 月 日生		
妻 （申請者と 同じ場合は 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 →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☑） ☐ 茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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） （茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業指定医療機関指定要項様式第 2－2 号） ☐ 茨城県小児・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） ☐ 茨城県小児・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 2－1－1 号及び様式第 2－1－2 号） ☐ 夫婦であることを証明できる書類 ☐ 申請時に茨城県内に住所を有していることが確認できるもの（住民票） ☐ 助成金の振込先口座の通帳等の写し			
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） ・ 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」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 ※茨城県使用欄			
				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、茨城県看護協会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冻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（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。
- 9 茨城県において、様式第1－1号の添付書類として様式第2－1－1号及び様式第2－1－2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

〒310-0034
茨城県水戸市緑町3-5-35（茨城県保健衛生会館内）

公益社団法人 茨城県看護協会
「いばらき みんなのがん相談室」

電話029-222-1219 月曜～金曜 9:00～16:00

問合せ先

茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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			
	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、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、以下も記載すること) ☐ 具体的な治療内容について、様式第2-1-2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		()		
妊孕性温存療法助成事業の申請回数 (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		

※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。

様式第2-1-2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		
		ピンカアルカロイド	☐ 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 (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 ☐ 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）

様式第2-1-2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の項で該当か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, 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	エピルビシン, 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	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 (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。

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

様式第2-2号（第6条（1）関係）

茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成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）

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等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（ ） 原疾患主治医の氏名（ ）	
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	
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。

様式第2-3号（第6条の2（1）関係）

茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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）

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法等助成事業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（※3）	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	
備考				

治療期間	領収金額に関する問合せ先
年 月 日～ 年 月 日	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。

※3 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。

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、事実婚又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）

公益社団法人茨城県看護協会会長 殿

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）

公益社団法人茨城県看護協会会長 殿