

鹿児島県小児・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若い世代のがん患者等が希望をもってがん治療等に取り組めるように、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、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を促進することを目的とする。

(実施方法)

第2条 本事業は、県が第3条及び第3条の2に規定する助成対象者に対し、第4条に規定する妊孕性温存療法及び第4条の2に規定する温存後生殖補助医療に係る費用について、第5条及び第5条の2により算定される金額を助成することにより実施する。

(妊孕性温存療法の助成対象者)

第3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。

- 一 申請時に鹿児島県内に住民票を有する者
- 二 以下のいずれかの原疾患の治療を受ける者
 - ア 「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
 - 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
- 三 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
- 四 第13条の規定により知事が指定する医療機関(以下「妊孕性温存療法指定医療機関」という。)において妊孕性温存治療を受けた者
- 五 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
- 六 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、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。

七 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・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(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

八 第5条第1項の下表の胚(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3条の2第1項第8号に準じることとする(ただし、事実関係に関する申立書は様式第6-1号を用いること)。

(温存後生殖補助医療の助成対象者)

第3条の2 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。

一 申請時に鹿児島県内に住民票を有する者

二 原則として夫婦のいずれかが第3条を満たし、第5条第1項に定める治療を受けた後に、第5条の2第1項に定める対象となる治療を受けた場合であって、第5条の2第1項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ことができる)。

なお、夫、妻の両者が第3条を満たし、ともに第5条第1項に定める治療を受けた後に、第5条の2第1項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5条の2第1項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。

三 治療期間の初日における妻の年齢が原則43歳未満(43歳以上について国実施要綱7(2)、7(6)及び7(7)(国実施要綱8-2及び9に関するものは除く)は対象とするが、国実施要綱8-2及び9は当対象としない。)である夫婦

四 第13条の規定により知事が指定する医療機関(以下「温存後生殖補助医療指定医療機関」という。)において温存後生殖補助医療を受けた者

五 申請を行う温存後生殖補助医療について、他制度の助成を受けていない者

六 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

七 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

八 婚姻関係の確認がなされた者（その確認手法等については以下のとおり）

ア 法律婚の場合

両人から戸籍謄本の提出を求め、確認することとする。

イ 事実婚の場合

①～③の書類の提出を求め、確認することとする。

① 両人の戸籍謄本（重婚でないことの確認）

② 両人の住民票（同一世帯であるかの確認。同一世帯でない場合は、③でその理由について記載を求めること。）

③ 両人の事実婚関係に関する申立書（様式第6－2号）

なお、事実婚関係にある夫婦が本事業の助成を受ける場合は、温存後生殖補助医療の結果、出生した子について認知を行う意向があることを確認すること。

（妊孕性温存療法に係る助成対象となる費用）

第4条 本事業の妊孕性温存療法に係る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。

（温存後生殖補助医療に係る助成対象となる費用）

第4条の2 本事業の温存後生殖補助医療に係る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。

（妊孕性温存療法に係る助成対象治療及び助成上限額）

第5条 本事業の対象となる妊孕性温存療法に係る治療及び治療毎の1回あたりの助成上限額については、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
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（組織の再移植を含む）	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

2 助成回数は、対象者1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。

(温存後生殖補助医療に係る助成対象治療及び助成上限額)

第5条の2 本事業の対象となる温存後生殖補助医療に係る治療及び治療毎の1回あたりの助成上限額については、下表のとおりとし、詳細については別紙1によるものとする。

対象となる治療	1回あたりの助成上限額
第5条第1項の胚(受精卵)凍結に係る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項の未受精卵凍結に係る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 ※1
第5条第1項の卵巣組織凍結に係る治療(組織の再移植を含む)に係る治療により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5条第1項の精子凍結に係る治療又は精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療により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て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 卵胞が発育しない、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

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、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。

3 以下に係る生殖補助医療は助成対象外とする。

一 夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供によるもの

二 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

三 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

(助成の申請)

第6条 妊孕性温存療法の申請者は、妊孕性温存治療終了後、鹿児島県小児・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(様式第1号)に以下の書類を添付して知事に申請するものとする。

- 一 鹿児島県小児・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(様式第2号及び様式第3号)
- 二 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た場合、鹿児島県小児・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(様式第2-1号)
- 三 申請時に鹿児島県内に住民票を有することが確認できるもの(住民票を提出する場合は、個人番号の記載のないもので、発行から3か月以内のもの)
- 四 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義及び口座番号がわかるもの(写し)
- 五 助成の対象となる妊孕性温存治療費の領収書等の写し
- 六 胚(受精卵)凍結に係る治療の場合、第3条第1項第8号に規定する婚姻関係の確認がなされた書類

2 温存後生殖補助医療の申請者は、温存後生殖補助医療終了後、鹿児島県小児・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(様式第4号)に以下の書類を添付して知事に申請するものとする。

- 一 鹿児島県小児・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(様式第5号)
- 二 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た場合、鹿児島県小児・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(様式第5-1号)
- 三 申請時に鹿児島県内に住民票を有することが確認できるもの(住民票を提出する場合は、個人番号の記載のないもので、発行から3か月以内のもの)
- 四 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義及び口座番号がわかるもの(写し)
- 五 助成の対象となる温存後生殖補助医療費の領収書等の写し
- 六 第3条の2第1項第8号に規定する婚姻関係の確認がなされた書類

3 同条第1項及び第2項の申請は、特段の事由がない限り、助成対象の妊孕性温存治療又は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行うものとする。

ただし、妊孕性温存治療後、期間を置かずに原疾患治療を開始する必要がある等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。

(助成の決定)

第7条 知事は、前条の申請があったときは、その内容について審査の上、助成金額を決定し、鹿児島県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業費助成金支給決定通知書(様式第7号)または鹿児島県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業費助成金支給不承認通知書(様式第8号)により通知するとともに、申請者に対し決定した金額を支払うものとする。

(実績報告)

第8条 実績報告は、第6条第1項又は第2項に定める鹿児島県小児・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(様式第1号又は様式第4号)をもって代えるものとする。

(助成額の確定及び確定通知)

第9条 助成額の確定は、第7条をもって代えるものとし、確定通知は、第7条に定める鹿児島県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業支給決定通知書(様式第7号)をもって代えるものとする。

(請求)

第10条 知事が第7条により助成することを決定した場合は、助成金の請求は、第6条第1項又は第2項に定める鹿児島県小児・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(様式第1号又は様式第4号)による助成の申請をもって行ったものとする。

(助成金の返還)

第11条 知事は、偽りその他不正な行為により助成金の支給を受けた者がいるときには、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。

(個人情報の取扱い等)

第12条 県並びに原疾患治療及び妊孕性温存治療、温存後生殖補助医療に関わる医療機関は、本事業の実施にあたっては、個人情報の取扱いに充分留意するものとする。

(指定医療機関の指定等)

第13条 指定医療機関の指定を受けようとする医療機関は、鹿児島県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業指定医療機関指定申請書(様式第9号)により指定の申請を行うものとする。

2 知事は、前項の規定に基づき、医療機関からの申請があった場合は、国実施要綱5(2)の要件を満たす場合は指定し、鹿児島県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業指定医療機関指定通知書(様式第10号)により当該医療機関に通知するものとする。

- 3 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。
- 4 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、又は、指定医療機関が国実施要綱5（2）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。
- ただし、令和3年度に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として指定を受けた妊孕性温存療法指定医療機関について、国実施要綱5（2）の指定に必要な手続きを取っている期間の間は取消しを猶予することができる。取消しの猶予が可能な期間は、令和5年9月30日までとし、それ以降の猶予はできないものとする。
- 5 前項により指定の取消しとなる指定医療機関は、他の妊孕性温存療法指定医療機関等と連携し、当該医療機関で治療を行った者、治療中の者、治療を希望する者が不利益を被ることのないよう対応することを指示することや、十分な周知を行う等の対応を行うこととする。

（事業の周知）

第14条 県並びに原疾患治療及び妊孕性温存治療、温存後生殖補助医療に関わる医療機関は、本事業について広報、周知等に努め、利用機会の拡大に努めるものとする。

（助成実績情報の共有）

第15条 指定医療機関における日本がん・生殖医療登録システムへの臨床情報等のデータ入力状況の確認・フォローアップ等による本事業の推進を目的として、国または日本がん・生殖医療学会から当該事業の助成状況について照会があった場合は、必要性に応じて情報提供を行う。

（その他）

第16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12月24日から施行し、令和3年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和4年8月8日から施行し、令和4年4月1日から適用する。

附 則

1 この要綱は、令和5年9月4日から施行し、令和5年4月1日から適用する。

2 施行日前に終了した妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療に係る治療の助成については、従前の様式を使用することができる。

鹿児島県小児・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）

鹿児島県知事 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） ※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 { }				
鹿児島県小児・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☑） <input type="checkbox"/> 鹿児島県小児・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2号） <input type="checkbox"/> 鹿児島県小児・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2-1号） <input type="checkbox"/> 鹿児島県小児・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3号） <input type="checkbox"/> 申請時に鹿児島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） <input type="checkbox"/> 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。 ・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に対して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 ※鹿児島県使用欄				
_____						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、鹿児島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2-1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2号、2-1号及び様式第1-4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。

申請方法

郵送の場合

宛先：〒890-8577 鹿児島市鴨池新町10番1号
鹿児島県くらし保健福祉部健康増進課 がん対策・歯科保健係

持参の場合

受付窓口：鹿児島県くらし保健福祉部健康増進課（行政庁舎3階）
受付時間：月曜日から金曜日（祝祭日、12月29日～1月3日を除く。）
午前8時30分から12時、午後1時～5時

問合せ先

鹿児島県くらし保健福祉部健康増進課がん対策・歯科保健係 電話：099-286-2721

鹿児島県小児・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）

鹿児島県小児・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（※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 _____

妊孕性温存療法主治医氏名 _____

（自署）

妊孕性温存療法を受けた者	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		
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指定医療機関ですか。				はい ・ いいえ	
妊孕性温存療法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（ ）	
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 { }	
治療方法	I	男性へ妊孕性温存療法を実施した場合は、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	妊孕性温存療法開始日（年 月 日） 凍結保存日（年 月 日） 妊孕性温存療法終了日（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）	備考 （ ）			
II	女性へ妊孕性温存療法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	妊孕性温存療法開始日（年 月 日） 凍結保存日（年 月 日） 妊孕性温存療法終了日（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	備考 （ ）			
3 卵巣組織凍結保存	備考 （ ）				
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。 （※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に）			
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、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。

※3 妊孕性温存療法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孕性温存療法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。

鹿児島県小児・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）

鹿児島県小児・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（ _____ ） 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			
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、卵子又は卵巢組織を採取し、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。

鹿児島県小児・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				
	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。 <input type="checkbox"/> 「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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 { }			

※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、具体的に記載ください。

様式第4号（第6条関係）

鹿児島県小児・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）

鹿児島県知事 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） ※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	年 月 日生			
	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	年 月 日生			
	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			【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			<input type="checkbox"/> 鹿児島県小児・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（様式第5号） <input type="checkbox"/> 鹿児島県小児・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5-1号） <input type="checkbox"/> 夫婦であることを証明できる書類 <input type="checkbox"/> 申請時に鹿児島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）				
※助成を受けたことがある場合 助成を受けた都道府県名 （ ）							
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）							
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 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に対して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 ※鹿児島県使用欄				
			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、鹿児島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、卵胞が発育しない、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4-1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5号、5-1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。

申請方法

郵送の場合

宛先：〒890-8577 鹿児島市鴨池新町10番1号
鹿児島県くらし保健福祉部健康増進課 がん対策・歯科保健係

持参の場合

受付窓口：鹿児島県くらし保健福祉部健康増進課（行政庁舎3階）
受付時間：月曜日から金曜日（祝祭日、12月29日～1月3日を除く。）
午前8時30分から12時、午後1時～5時

問合せ先

鹿児島県くらし保健福祉部健康増進課がん対策・歯科保健係 電話：099-286-2721

鹿児島県小児・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）

鹿児島県小児・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
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)	
		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		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			
II	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に）			
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。
- ・ 卵胞が発育しない、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。

鹿児島県小児・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）

鹿児島県小児・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	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	
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6-1号（第3条関係）

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）

鹿児島県知事 殿

様式第6-2号（第3条の2関係）

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）

鹿児島県知事 殿

様式第7号（第7条関係）

番 号
令和 年 月 日

殿

鹿児島県知事 印

年度鹿児島県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業費助成金支給決定通知書

年 月 日付けで申請のあった 年度鹿児島県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業費助成金（妊孕性温存療法分・温存後生殖補助医療分）については、鹿児島県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業実施要綱第7条の規定により、下記のとおり支給することに決定しました。

記

- 1 支給額 金 円
- 2 支給の条件
鹿児島県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業実施要綱第3条・第3条の2に定める要件を全て満たすこと

※ 下線部分は該当するものを記載

様式第8号（第7条関係）

番 号
令和 年 月 日

殿

鹿児島県知事 印

年度鹿児島県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業費助成金支給不承認通知書

年 月 日付けで申請のあった 年度鹿児島県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業費助成金（妊孕性温存療法分・温存後生殖補助医療分）については、鹿児島県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業実施要綱第7条の規定により、不承認となりました。

※ 下線部分は該当するものを記載

鹿児島県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業
指定医療機関指定申請書

鹿児島県知事 殿

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）

鹿児島県小児・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、「鹿児島県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業実施要綱」の定める事項に従います。

記

申請対象 (該当するものにチェック)		<input type="checkbox"/> 妊孕性温存療法実施医療機関 <input type="checkbox"/> 温存後生殖補助医療実施医療機関					
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)						
1. 学会による認定等 <input type="checkbox"/> 妊孕性温存療法実施医療機関（検体保存機関）として、日本産科婦人科学会の承認（仮承認を含む）を受けている。 <input type="checkbox"/> 妊孕性温存療法実施医療機関（検体保存機関）として、日本泌尿器科学会の承認（仮承認を含む）を受けている。 <input type="checkbox"/> 温存後生殖補助医療実施医療機関として、日本産科婦人科学会の承認（仮承認を含む）を受けている。							
2. 実施事項 <input type="checkbox"/> 指定医療機関に求められる「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」の7に定める事項を実施できる。							

※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

様式第10号（第13条関係）

番 号
令和 年 月 日

殿

鹿児島県知事 印

鹿児島県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進
事業指定医療機関指定通知書

年 月 日付けで申請のあった鹿児島県小児・AYA世代のがん
患者等の妊孕性温存療法研究促進事業指定医療機関（妊孕性温存療法実施医
療機関・温存後生殖補助医療実施医療機関）の指定については、鹿児島県小
児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業実施要綱第13条
の規定により指定します。

※ 下線部分は該当するものを記載