

## 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 目的

本事業は、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よう性温存療法及び温存後生殖補助医療に要する費用の一部を助成し、その経済的負担の軽減を図るとともに、患者からの臨床情報等のデータを収集し、妊よう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よう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。

### 2 用語の定義

この要綱における用語の定義は、以下のとおりとする。

#### (1) AYA世代

Adolescent and Young Adult（思春期・若年成人）世代のこと。

#### (2) 妊よう性温存療法

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。

#### (3) 温存後生殖補助医療

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等のこと。

### 3 実施主体

実施主体は、秋田県とする。

#### 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) 対象者の住所地

本事業の妊よう性温存療法に係る申請時に秋田県内に住所を有している者。

##### (2) 対象者の年齢

5-1に定める対象となる妊よう性温存療法に係る治療の凍結保存時に43歳未満の者。なお、5-1(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、女性が妊よう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、4-2(5)に準じることとする。

##### (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 「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）の妊よう性低下リスク分類に示された治療のうち、高・中間・低リスクの治療
- ② 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）対象者の選定方法

知事が 13（１）①により指定する医療機関（以下「妊よう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、妊よう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、（３）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。

#### （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 温存後生殖補助医療の対象者

本事業の温存後生殖補助医療の対象者については、以下の条件を全て満たす者とする。

#### （１）対象者の住所地

本事業の温存後生殖補助医療に係る申請時に秋田県内に住所を有している者。

#### （２）対象者の年齢等

- ① 原則として、夫婦のいずれかが、4-1 を満たし、5-1 に定める治療を受けた後に、5-2 に定める対象となる治療を受けた場合であって、5-2 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ことができる）。
- ② 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）（本要綱 6-2 及び 7 に関するものは除く）は対

象とするが、本要綱6-2及び7は当対象としない。)である夫婦。

(3) 対象者の選定方法

知事が13(1)②により指定する医療機関(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。

(4) 説明及び同意

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た上で、本事業に参加することについて同意した者。

(5) 婚姻関係

婚姻関係が確認できる者(その確認手法等については以下のとおり)。

① 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。

② 事実婚の場合

a～cの書類の提出を求め、確認することとする。

a 両人の戸籍謄本(重婚でないことの確認)

b 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、cでその理由について記載すること。)

c 両人の事実婚関係に関する申立書

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者を対象とする。

5-1 対象となる妊よう性温存療法に係る治療

本事業の対象となる妊よう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

5-2 対象となる温存後生殖補助医療

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) 5-1(1)で凍結した胚(受精卵)を用いた生殖補助医療

(2) 5-1(2)で凍結した未受精卵を用いた生殖補助医療

(3) 5-1(3)で凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療

(4) 5-1(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。

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

## 6-1 妊よう性温存療法に係る助成額等

### (1) 助成対象となる費用

助成対象となる費用は、妊よう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) 助成対象治療及び助成上限額

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）	50万円
精子凍結に係る治療	3万円
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

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。

助成回数の定義は、対象となる治療について、胚（受精卵）凍結および未受精卵凍結については、1回の採卵周期に行った治療を1回、卵巣組織凍結および再移植については、1回の手術を1回、精子凍結については、1回の採精手技を1回、精巣内精子採取術については、1回の手術を1回とする。

また、異なる治療を受けた場合であっても、その治療が一連のものである場合は1回とカウントし、助成上限額の高い治療分の助成を行うものとする。

### (4) 助成の対象外

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。

## 6-2 温存後生殖補助医療に係る助成額等

### (1) 助成対象となる費用

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) 助成額及び助成上限額

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
5-1(1)で凍結した胚(受精卵)を用いた生殖補助医療	10万円
5-1(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
5-1(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
5-1(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

#### (3) 助成回数

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) 助成の対象外

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4-1を満たし、ともに5-1に定める治療を受けた後に、5-2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5-2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。

## 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つては、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つては、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 胚（受精卵）凍結に係る治療かつ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、事実婚の場合にあつては、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 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) 前二項の申請は、妊よう性温存療法に係る費用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、妊よう性温存療法実施後、期間を置かず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、翌年度に申請を行うことができるものとする。

## 8 助成決定

- (1) 知事は、7に規定する申請があつたときは、その内容について審査の上、助成金額を決定し、助成決定通知書（様式第3-1号）を速やかに申請者に送付することとする。
- (2) 前項の審査の結果、申請内容が適正と認められないときは、その理由を付した助成不承認通知書（様式第3-2号）を速やかに申請者に送付することとする。

## 9 助成金の請求

助成決定通知書（様式第3-1号）を受けた申請者は、速やかに請求書（様式第4号）を知事に提出することとする。

## 10 助成金の支給

知事は、請求書（様式第4号）の提出があった場合、申請者の指定する金融機関口座を通じて助成金を支給することとする。

## 11 助成金の返還

- (1) 知事は、虚偽その他の不正な手段により助成を受けた者に対して、助成した額の全部または一部を返還させることができるものとする。
- (2) 知事は、助成に過納若しくは誤納があったときは、当該助成の決定の全部若しくは一部を取り消し、当該取消しに係る額を返還させることができるものとする。

## 12 助成台帳

知事は、台帳（様式第5-1号及び様式第5-2号）を備え、助成決定の状況等を明確にするために必要な事項を記載し、適正に管理するものとする。

## 13 医療機関の指定等

### (1) 指定医療機関の指定

- ① 知事は、国実施要綱5(2)①に基づき、指定を受けようとする医療機関から指定申請書（様式第6-1号）の提出を受け、指定要件を全て満たしていると認められるときは、その指定を決定し、当該医療機関に対して指定通知書（様式第6-2号）により通知するものとし、指定要件を満たしていないと認められるときには、指定を行わず、その旨を指定不承認通知書（様式第6-3号）により通知するものとする。
- ② 知事は、国実施要綱5(2)②に基づき、指定を受けようとする医療機関から指定申請書（様式第6-1号）の提出を受け、指定要件を全て満たしていると認められるときは、その指定を決定し、当該医療機関に対して指定通知書（様式第6-2号）により通知するものとし、指定要件を満たしていないと認められるときには、指定を行わず、その旨を指定不承認通知書（様式第6-3号）により通知するものとする。

### (2) 他の都道府県の医療機関の指定

知事は、妊よう性温存療法指定医療機関又は温存後生殖補助医療指定医療機関（以下「指定医療機関」という。）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及び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とみなすことができる。

### (3) 指定医療機関の変更

知事は、(1)の申請内容に変更があった指定医療機関から指定申請事項変更届（様式

第6-4号)の提出を受け、変更内容について審査するものとする。

(4) 指定医療機関の取消し

知事は、指定医療機関より指定医療機関辞退届(様式第6-5号)の提出があったとき、指定医療機関が指定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。

14 個人情報取扱等

県並びにがん等の原疾患の治療、妊よう性温存療法及び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十分留意するものとする。

15 事業の周知

県、秋田がん・生殖医療ネットワーク、がん診療連携拠点病院等、難病診療連携拠点病院等、がん相談支援センター、難病相談支援センター等の施設においては、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。

16 その他

この要綱に定めるもののほか、妊よ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に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、令和3年8月3日から施行し、令和3年4月1日以降に実施した妊よう性温存療法に要する費用の助成から適用する。

附 則

- 1 この要綱は、令和4年7月5日から施行し、令和4年4月1日以降に実施した妊よ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。
- 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。

附 則

- 1 この要綱は、令和5年10月4日から施行し、令和5年4月1日以降に実施した妊よ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。
- 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。





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) →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☑)							
	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <small>※対象となる費用がない場合は省略可</small> <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 <small>※個人番号の記載がなく、発行から3か月以内のもの</small> <small>※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</small>  <胚(受精卵)凍結の場合> <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <small>※発行から3か月以内のもの</small> <small>※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</small> <small>※事実婚の場合は、両人の戸籍謄本</small> <input type="checkbox"/> 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)							
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				
	口座種別	普通・当座						
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"> <li>・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と認める者に対して、当該の情報を提供すること。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>								
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

### ◎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1-3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

#### \*\* 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。  
（郵送料は申請者をご負担ください。）

※ 申請に関する事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）





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)

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、妊よう性温存療法実施医療機関の指導に基づく妊よう性温存療法(※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
妊よう性温存療法を受ける患者の紹介を受けた妊よう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 ( )		妊よう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、妊よう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。

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)

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。					
<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)			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 { }		
<small>※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。</small>					

※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。

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。

本事業の妊よう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)

---

---

---

秋田県知事  あて



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> <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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> <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 事実婚関係に関する申立書(様式第2-4号) <input type="checkbox"/> 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よう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		

◎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、秋田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。
- 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。
- 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、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。
- 8 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

\*\* 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。  
（郵送料は申請者をご負担ください。）

※ 申請に関する事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）

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		
	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)		
備考				

※1 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。

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。

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)

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のこと。

※2 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。

## 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

健 一  
年 月 日

様

秋田県知事

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助成決定通知書

年 月 日付けで申請のあった（妊よう性温存療法／温存後生殖補助医療）  
に要する費用の助成について承認し、次のとおり助成することを決定したので通知します。

1 助成金額

助成決定額 金 円

2 その他

本助成金については所得税の医療費控除の申告の際、保険金などで補填される金額  
となりますので、本通知書は大切に保管してください。詳しくは税務署にお問い合わせ  
ください。

健 一  
年 月 日

様

秋田県知事

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  
助成不承認通知書

年 月 日付けで申請のあった（妊よう性温存療法／温存後生殖補助医療）  
に要する費用の助成については、次の理由により不承認となりましたので通知します。

理由：



請 求 書

年 月 日

(あて先)

秋 田 県 知 事  
( 課 名 健康づくり推進課 )

債権者 住 所 \_\_\_\_\_

(電話番号) \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

次のとおり請求します。

請 求 金 額      ¥ \_\_\_\_\_

経費の内訳

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助成金として  
(      年      月      日付け      健 一      助成決定通知書)

支 払 方 法	口座振替払		
口座振替払の 振込銀行及び 口座番号	銀行 信用金庫	本 店 支 店 出張所	普通預金
	農協 信用組合		
口座名義人 ※カタカナで記載			
摘 要			





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  
指定医療機関指定申請書

秋田県知事 あて

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）

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、「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」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"/> 妊よう性温存療法指定医療機関 <input type="checkbox"/> 温存後生殖補助医療指定医療機関						
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国実施要綱の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

健 一  
年 月 日

(指定医療機関の開設者) 様

秋田県知事

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  
指定医療機関指定通知書

年 月 日付けで申請のあった指定医療機関の指定について、次のとおり指定することを決定したので通知します。

1 指定医療機関

名 称 :

所 在 地 :

開設者住所 :

開設者氏名 :

2 指定年月日

年 月 日

3 指定区分

妊よう性温存療法／温存後生殖補助医療

4 その他

- ・ 指定申請書の申請内容に変更が生じた際は、指定申請事項変更届（様式第6-4号）を提出してください。
- ・ 指定を辞退する際は、指定医療機関辞退届（様式第6-5号）を提出してください。

健 一  
年 月 日

(医療機関の開設者) 様

秋田県知事

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  
指定医療機関指定不承認通知書

年 月 日付けで申請のあった指定医療機関の指定については、次の理由により不承認となりましたので通知します。

理由：

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  
指定医療機関指定申請事項変更届

秋田県知事 あて

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)

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おける指定医療機関の指定に係る事項を変更したいので、届け出ます。

記

医療機関	名称	電話 ( )						
	所在地							
	医療機関コード							
開設年月日		年 月 日						
開設者	住所 (※1)							
	氏名 (※2)							
指定区分		妊よう性温存療法 ・ 温存後生殖補助医療						
変更した事項								
変更の内容  (変更前)  (変更後)								
変更理由								
変更年月日		年 月 日						

※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

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  
指定医療機関辞退届

秋田県知事 あて

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)

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おける指定医療機関の指定を辞退したいので、届け出ます。

記

医療機関	名称	電話 ( )						
	所在地							
	医療機関コード							
開設年月日		年 月 日						
開設者	住所 (※1)							
	氏名 (※2)							
指定区分		妊よう性温存療法 ・ 温存後生殖補助医療						
辞退理由								
辞退年月日 年 月 日をもって指定医療機関の指定を辞退します。								

※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