

山梨県がん患者等妊孕性温存支援事業実施要綱

(目 的)

第1条 がん患者等に対して、その治療に際して行う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（以下「温存後生殖補助医療」という。）等（以下「妊孕性温存療法等」という。）に係る費用の一部を助成することにより、患者が将来に希望を持ってがん治療等に取り組めるよう支援するとともに、国の事業との連携により、妊孕性温存療法等の有効性・安全性のエビデンス創出や長期にわたる検体保存ガイドライン作成などの妊孕性温存療法等の研究を促進することを目的とする。

(助成対象者)

第2条 この要綱による助成の対象者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- 一 本事業による助成の申請時において、山梨県内に住所を有する者
- 二 当該妊孕性温存療法等について、他の法令等の規定により、国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付を受けていない者
- 三 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」（令和7年4月1日健生発0401第66号厚生労働省健康・生活衛生局長通知別紙。以下「国の実施要綱」という。）3-1及び3-2に該当する者
ただし、国の実施要綱3-1（1）に定める対象者の年齢及び3-2（1）②については、医師が必要と認める場合は、この限りでない。
- 四 第11条の規定により知事が指定した医療機関（以下「指定医療機関」という。）において、第3条の対象となる治療を受けた者

(対象となる妊孕性温存療法等に係る治療)

第3条 この事業の対象となる妊孕性温存療法等に係る治療は、国の実施要綱4-1及び4-2に掲げるものとする。ただし、温存後生殖補助医療に掲げる治療については、別紙1によるものとする。なお、夫、妻の両者が国の実施要綱3-1に該当し、ともに国の実施要綱4-1に定める治療を受けた後に、国の実施要綱4-2に定める対象となる治療を受けた場合、夫婦の一方のみに国の実施要綱4-2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。

(助成対象費用)

第4条 この要綱による助成の対象となる費用は、前条に定める治療に要する費用であって、医療保険適応外の費用とする。ただし、その実施に伴う入院費、入院時の食事等の費用、診断書の作成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。また、温存後生殖補助医療については、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。

(助成額の上限と回数)

第5条 この要綱による治療の1回あたりの助成上限額及び助成回数は、別表のとおりとする。

(助成の申請)

第6条 この要綱による助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、助成申請書（様式第1－1号又は様式第1－2号）に下表の一から四に掲げる書類を付して知事に提出しなければならない。

一	助成申請に係る 証明書	妊孕性温存療法を行った場合	様式第2－1号 様式第3－1号
		原疾患の治療において、「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」（一般社団法人日本がん治療学会）の妊孕性低下リスク分類に示された治療を行った場合	様式第3－2号
		妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関が妊孕性温存療法の一部を行った場合	様式第2－2号
		温存後生殖補助医療を行った場合	様式第2－3号
		温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関が温存後生殖補助医療の一部を実施した場合	様式第2－4号
		他の都道府県で妊孕性温存療法に係る助成を受けた者が、山梨県において温存後生殖補助医療に係る助成を申請する場合	様式第3－1号 様式第3－2号 原疾患治療実施医療機関による証明が困難な場合は原疾患名等が分かる書類
二	申請時に山梨県内に住所を有することを証明する書類		
三	妊孕性温存療法における胚（受精卵）凍結保存に係る助成を受けようとする者及び温存後生殖補助医療に係る助成を受けようとする者にあつては婚姻関係を確認できる書類。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。）の場合は、両人の戸籍謄本、両人の住民票及び両人の事実婚関係に関する申立書（様式第7号又は様式第8号）		
四	その他知事が必要と認める書類		

2 前項の申請は、助成対象の妊孕性温存療法等に係る費用の支払日が属する年度内に行うものとする。ただし、妊孕性温存療法実施後、期間を置かずに原疾患の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。

(助成の決定)

第7条 知事は、前条の規定により申請書の提出を受けたときは、当該申請の内容を審査し、適当と認める場合は、助成決定通知書（様式第4号）により、また、適当と認めない場合は、その理由を記した助成不承認通知書（様式第5号）により、申請者に通知するものとする。

(助成金の支払い)

第8条 知事は、助成金を申請者の指定する金融機関の口座に振込の方法により支払うものとする。

(助成金の返還)

第9条 知事は、本要綱に違反し、又は不正行為によって助成金の給付を受けた者がある場合は、その者から当該助成金の全部又は一部を返還させることができるものとする。

(個人情報の取扱い等)

第10条 県並びに原疾患の治療及び妊孕性温存療法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。

(医療機関等の指定等)

第11条 知事は、国の実施要綱5(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号)の提出を受け、本事業の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し、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ものとみなすことができる。

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、指定医療機関が国の実施要綱7に定める実施方法に反する行為があったとき又は指定医療機関として不適当と認められるものであるときは、その指定を取り消すことができる。

4 知事及び指定医療機関は、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、国又は日本がん・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。

(雑 則)

第12条 この要綱に定めるもののほか、国の実施要綱に準じて実施するものとし、その他必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

この要綱は、令和元年8月1日から施行する。

附 則

1 この要綱は、令和3年6月1日から施行する。

2 令和4年3月31日までに第11条の規定により知事が指定し、又は知事が指定したものとみなした医療機関は、令和3年4月1日に指定を受けたものとみなし、同日からこの要綱の施行日までの間に当該医療機関が実施した妊孕性温存療法については、この要綱の規定を適用する。

- 3 令和2年度までに実施されたがん患者に対する妊孕性温存療法に係る助成については、なお従前の例による。

附 則

- 1 この要綱は、令和4年6月23日から施行する。
- 2 令和5年3月31日までに第11条の規定により知事が指定し、又は知事が指定したものとみなした医療機関は、令和4年4月1日に指定を受けたものとみなし、同日からこの要綱の施行日までの間に当該医療機関が実施した妊孕性温存療法等については、この要綱の規定を適用する。

附 則

- 1 この要綱は、令和5年4月1日から施行する。
- 2 令和5年9月30日までに第11条の規定により知事が指定し、又は知事が指定したものとみなした医療機関は、令和4年4月1日に指定を受けたものとみなし、同日からこの要綱の施行日までの間に当該医療機関が実施した妊孕性温存療法等については、この要綱の規定を適用する。
- 3 令和5年3月31日までに作成された第6条第1項第1号に示す助成申請に係る証明書については、この要綱による改正後の様式によるものとみなす。

附 則

- 1 この要綱は、令和5年7月6日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和7年5月1日から施行する。
- 2 施行日前に作成された第6条第1項第1号に示す助成申請に係る証明書については、この要綱による改正後の様式によるものとみなす。

別表（第5条関係）

妊孕性温存療法に係る治療

治療法	助成上限額		助成回数
	県内医療機関 で治療	県外医療機関 で治療	
胚（受精卵）凍結に係る治療	40万円	35万円	通算2回まで （異なる治療を受け た場合であっても同様）
未受精卵子凍結に係る治療	40万円	20万円	
卵巣組織凍結に係る治療	40万円	40万円	
精子凍結に係る治療	10万円	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	35万円	

温存後生殖補助医療

治療法	助成上限額	助成回数
凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療	10万円	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。 ※5
凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療	25万円 ※1	
凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療	30万円 ※1～4	
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10万円とする。

※2 人工授精を実施する場合は1万円とする。

※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。

※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とする。

※5 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。

別紙 1

4-1 (1) で凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療

治療内容		(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					

4-1(2)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											

4-1 (3) 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													

4-1 (4) 及び (5) 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、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												

(表)

様式第 1 - 1 号

山梨県がん患者等妊孕性温存支援事業 助成申請書（妊孕性温存療法分）

ふりがな			生 年 月 日	性 別
申請者氏名			年 月 日 (歳)	男・女
住所	〒	電話番号		
患者アプリ番号 (12 桁)	※原則必須、登録できない場合は理由を記載してください。			
患者に対する申請者の関係 (該当するものに○)	本人 → 妊孕性温存療法を受けた者の欄の記入は不要です 父 ・ 母 ・ その他 () ※患者が未成年者の場合は、法定代理人（親権者等）が申請してください。			
ふりがな			生 年 月 日	性 別
妊孕性温存療法を 受けた者の氏名			年 月 日 (歳)	男・女
住所	〒	電話番号		
妊孕性温存支援事業（妊孕性温存療法分）の申請回数	1 1 回目の申請 2 2 回目の申請（1 回目：山梨県） 3 2 回目の申請（1 回目：他都道府県） （都道府県名： ）			
今回の妊孕性温存療法について、他の公的制度による 助成を受けている、又は受ける予定がありますか。	はい ・ いいえ 「はい」の場合、本助成を受けることができません			
振込先 指定口座 (申請者名義に限る)	フリガナ			
	口座名義			
	金融機関名		本支店名	
	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。(同意いただかない場合は、本助成を受けることができません) ・ 本事業の趣旨を理解し、国の「小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法に関する研究促進事業」 の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。 ・ 本事業及び特定不妊治療費助成事業の助成状況について、他の地方公共団体へ照会・提供をすること 年 月 日 申請者氏名（自署）：				
		助成決定金額 ※この欄は県で記載します。		円

(添付書類) 添付したものに ☒

- ☐ 山梨県がん患者等妊孕性温存支援事業助成申請に係る証明書
 (様式第 2 - 1 号及び様式第 3 - 1 号に加え、裏面注意事項 7 に該当する場合は様式第 2 - 2 号、
 裏面注意事項 8 に該当する場合は様式第 3 - 2 号を添付)
- ☐ 本事業申請時点の患者の住所地を証明する書類（個人番号の記載のない住民票等）
- ☐ 振込口座通帳（名義人、口座番号、本支店の分かるページ）のコピー
- ☐ 医療費の明細及び領収書原本
 (様式第 2 - 1 号及び様式 2 - 2 号により領収金額の証明を受けているものは不要)
- ☐ 胚（受精卵）凍結に係る治療を行った場合は、夫婦であることを証明できる書類
 法律婚の場合：戸籍謄本など
 事実婚の場合：夫妻両人の戸籍謄本・住民票、両人の事実婚関係に関する申立書（様式第 7 号）
- ☐ 申請者が患者本人でない場合は、申請者と患者の関係を証明する書類（戸籍謄本等）

◎注意事項

- 1 患者が未婚で未成年者の場合は、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 申請内容を審査した後、「助成決定通知書」若しくは「助成不承認通知書」を申請者あてに郵送します。
- 3 書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますので、ご注意ください。
- 4 助成の対象となる治療費は、妊孕性温存療法に要する費用（初回の凍結保存に要する費用を含む。）のうち医療保険適用外の費用です。ただし、その実施に伴う入院費、入院時の食事等の費用、診断書の作成料等の治療に直接関係のない費用及び初回の凍結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、以下のとおりです。
 - 県内医療機関で治療を実施した場合
 - 胚（受精卵）、未受精卵子、卵巣組織：40万円
 - 精子：10万円、精子（精巣内精子採取）：35万円
 - 県外医療機関で治療を実施した場合
 - 胚（受精卵）：35万円 未受精卵子：20万円 卵巣組織：40万円
 - 精子：2万5千円 精子（精巣内精子採取）：35万円
- 6 助成回数は、合計2回までです。
- 7 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。
- 8 原疾患の治療において、「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」（一般社団法人日本がん治療学会）の妊孕性低下リスク分類に示された治療を行った場合は、原疾患治療実施医療機関に様式第3-2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2-1号、第2-2号、第3-1号、第3-2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。（助成対象外）
- 10 今回の妊孕性温存療法について、他の法令等の規定により、国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付を受けている方は、本事業による助成を受けられません。
- 11 本事業は、妊孕性温存療法に要した医療費を申請に基づき山梨県が助成するものであり、原疾患の治療、妊孕性温存療法及び妊孕性温存療法後の妊娠等、その医療の内容について山梨県が保証し、又は責任を負うものではありません。
- 12 **申請は、妊孕性温存療法に係る費用の支払日が属する年度の末日までに行ってください。**ただし、妊孕性温存療法実施後、期間を置かずに原疾患の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ます。

◎個人情報の取扱いについて

申請により得られた個人情報は、総合的ながん対策の推進に必要な目的（全国がん登録などを利用した調査及び分析、アンケート調査等）以外には使用しません。また、得られた個人情報は厳重に管理し、漏洩、不正流用、改ざん等の防止について適切な対策を講じます。

なお、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（簡易書留等、必ず記録が残る方法で送付してください。）

宛先：〒400-8501 甲府市丸の内1-6-1 山梨県庁健康増進課がん対策推進担当

○持参の場合

受付窓口：山梨県庁 健康増進課 がん対策推進担当（県庁本館1階）

受付時間：平日（月曜日から金曜日）午前8時30分から12時、午後1時から5時

ただし、祝祭日、振替休日、年末年始を除く。

問合せ先

山梨県福祉保健部健康増進課 がん対策推進担当 電話：055-223-1497

(表)

様式第1－2号

山梨県がん患者等妊孕性温存支援事業 助成申請書（温存後生殖補助医療分）

ふりがな			生 年 月 日	性 別
申請者氏名			年 月 日 (歳)	男・女
住所	〒	電話番号		
患者アプリ番号 (12桁)	※原則必須、登録できない場合は理由を記載してください。			
ふりがな			生 年 月 日	
夫の氏名 (申請者と同じ場合 記入不要)			年 月 日 (歳)	
ふりがな			生 年 月 日	
妻の氏名 (申請者と同じ場合 記入不要)			年 月 日 (歳)	
今回の温存後生殖補助医療について、他の公的制 度による助成を受けている、又は受ける予定がありますか。			はい ・ いいえ 「はい」の場合、本助成を受けることができません	
過去に妊孕性温存支援事業（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 →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、 都道府県名：（ ）	
振込先 指定口座 (申請者名義に限る)	フリガナ			
	口座名義			
	金融機関名		本支店名	
	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。（同意いただかない場合は、本助成を受けることができません） ・ 本事業の趣旨を理解し、国の「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法に関する研究促進事業」 の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。 ・ 本事業及び特定不妊治療費助成事業の助成状況について、他の地方公共団体へ照会・提供をすること 年 月 日 申請者氏名（自署）： _____				
			助成決定金額 ※この欄は県で記載します。	円

(添付書類) 添付したものに☒

- ☐ 山梨県がん患者等妊孕性温存支援事業助成申請に係る証明書
(様式第2－3号に加え、裏面注意事項6に該当する場合は様式第2－4号、裏面注意事項7
に該当する場合は様式第3－1号及び第3－2号を添付)
- ☐ 本事業申請時点の患者の住所地を証明する書類（個人番号の記載のない住民票等）
- ☐ 振込口座通帳（名義人、口座番号、本支店の分かるページ）のコピー
- ☐ 医療費の明細及び領収書原本
(様式第2－3号及び様式第2－4号により領収金額の証明を受けているものは不要)
- ☐ 夫婦であることを証明できる書類
法律婚の場合：戸籍謄本など
事実婚の場合：夫妻両人の戸籍謄本・住民票、両人の事実婚関係に関する申立書（様式第8号）

◎注意事項

- 1 申請内容を審査した後、「助成決定通知書」若しくは「助成不承認通知書」を申請者あてに郵送します。
- 2 書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますので、ご注意ください。
- 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、その実施に伴う入院費、入院時の食事等の費用、診断書の作成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に記載した医療保険適用外費用であり、以下のとおりです。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。
○凍結胚（受精卵）を用いた場合：10万円 ○凍結未受精卵子を用いた場合：25万円
○凍結した卵巢組織再移植後の場合：30万円 ○凍結精子を用いた場合：30万円
- 5 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します。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します。
- 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2－4号の発行を依頼してください。
- 7 今回の温存後生殖補助医療に使用する受精卵等に係る妊孕性温存療法について、他の都道府県で助成を受けている場合は、原疾患治療実施医療機関に様式第3－1号及び第3－2号の発行を依頼してください。なお、山梨県で妊孕性温存療法に係る助成を受けている場合は不要です。原疾患治療実施医療機関による発行が困難な場合は、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。
- 8 医療機関によっては、様式第2－3号、第2－4号、様式第3－1号、第3－2号の発行に費用がかかりますが、その費用は自己負担となります。（助成対象外）
- 9 今回の温存後生殖補助医療について、他の法令等の規定により、国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付を受けている方は、本事業による助成を受けられません。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。
- 10 本事業は、温存後生殖補助医療に要した医療費を申請に基づき山梨県が助成するものであり、原疾患の治療、妊孕性温存療法及び妊孕性温存療法後の妊娠等、その医療の内容について山梨県が保証し、又は責任を負うものではありません。
- 11 **申請は、温存後生殖補助医療に係る費用の支払日が属する年度の末日までに行ってください。**

◎個人情報の取扱いについて

申請により得られた個人情報は、総合的ながん対策の推進に必要な目的（全国がん登録などを利用した調査及び分析、アンケート調査等）以外には使用しません。また、得られた個人情報は厳重に管理し、漏洩、不正流用、改ざん等の防止について適切な対策を講じます。

なお、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。

申請方法

○郵送の場合（簡易書留等、必ず記録が残る方法で送付してください。）

宛先：〒400-8501 甲府市丸の内1-6-1 山梨県庁健康増進課がん対策推進担当

○持参の場合

受付窓口：山梨県庁 健康増進課 がん対策推進担当（県庁本館1階）

受付時間：平日（月曜日から金曜日）午前8時30分から12時、午後1時から5時

ただし、祝祭日、振替休日、年末年始を除く。

問合せ先

山梨県福祉保健部健康増進課 がん対策推進担当 電話：055-223-1497

(表)

様式第2-1号(妊孕性温存療法実施医療機関において記載)

山梨県がん患者等妊孕性温存支援事業 助成申請に係る証明書
(妊孕性温存療法実施医療機関)

次の山梨県がん患者等妊孕性温存支援事業実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、妊孕性温存療法を実施し、次のとおり医療費を領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 _____

妊孕性温存療法主治医診療科 _____

妊孕性温存療法主治医氏名 _____

※主治医氏名は原則自署としますが、医療機関の長印等を押印し、適切に証明がされる場合は、印字でも可

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
	年齢	妊孕性温存療法開始日における年齢 歳		
	患者アプリ番号 (12桁)	※患者アプリ登録がない場合は理由を記載してください。		
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治療主治医が所属する医療機関名と当該医師名			医療機関名 () 原疾患治療主治医氏名 ()	
今回の治療方法	I	男性	1 精子凍結保存 2 精子凍結保存 (精巣内精子採取)	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) (上記開始日と同じ場合も記載してください) 備考 ()
	II	女性	1 胚(受精卵)凍結保存 2 未受精卵子凍結保存 3 卵巣組織凍結保存	
	III	他医療機関への依頼、院外処方等がある場合はこちらにご記入ください。(※1) 他医療機関への依頼 あり ・ なし 医療機関名 () 依頼内容 () 院外処方 あり ・ なし ()		
領収金額		[今回の療法に要した助成対象費用合計] ※明細を裏面に記載してください。 円		
備考 (※2)				

※1 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。

※2 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。

(裏)

様式第2-1号(妊孕性温存療法実施医療機関において記載)

妊孕性温存療法の領収金額明細

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
受精に要した費用(受精卵を凍結保存する場合) (受精料、培養料など)	円
凍結操作に要した費用(凍結処置料)	円
凍結保存に要した費用(初回分のみ・更新料は含まない)	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、治療に要する費用(初回の凍結保存に要する費用を含む。)に限るものとし、その実施に伴う入院費、入院時の食事等の費用、診断書の作成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。

山梨県がん患者等妊孕性温存支援事業 助成申請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)

次の山梨県がん患者等妊孕性温存支援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の一部を実施し、次のとおり医療費を領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 _____

妊孕性温存療法主治医診療科 _____

担当医師氏名 _____

※担当医師氏名は原則自署としますが、医療機関の長印等を押印し、適切に証明がされる場合は、印字でも可

妊孕性温存療法を受けた者	ふりがな				
	氏名				
	生年月日・性別	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		医療機関名（ ） 妊孕性温存療法主治医氏名（ ）			
領収金額合計 ※1		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い合わせ先	
担当課	
担当者	
電話番号	

※1 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。

(表)

様式第2－3号（温存後生殖補助医療実施医療機関において記載）

山梨県がん患者等妊孕性温存支援事業 助成申請に係る証明書
(温存後生殖補助医療実施医療機関)

次の山梨県がん患者等妊孕性温存支援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（※1）を実施し、次のとおり医療費を領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 _____

温存後生殖補助医療主治医診療科 _____

温存後生殖補助医療主治医氏名 _____

※主治医氏名は原則自署としますが、医療機関の長印等を押印し、適切に証明がされる場合は、印字でも可

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
	氏名		性別	（ 歳） 男 ・ 女
	患者アプリ番号 (12桁)	※患者アプリ登録がない場合は理由を記載してください。		
配偶者 (事実婚を含む)	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		性別	（ 歳） 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、過去に妊孕性温存支援事業（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：（ ）				
治療方法	I	1 凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療	生殖補助医療開始日（ 年 月 日）	
		2 凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療	生殖補助医療終了日（ 年 月 日）	
		3 凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療	※上記開始日と同じ場合も記載してください。	
		4 凍結した精子を用いた生殖補助医療	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○を付けてください。			
	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			
III	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			
	他医療機関への依頼、院外処方等がある場合はこちらにご記入ください。（※3）			
	他医療機関への依頼 あり ・ なし 医療機関名（ ） 依頼内容（ ） 院外処方 あり ・ なし（ ）			
領収金額		〔今回の療法に要した助成対象費用合計〕※明細を裏面に記載してください。 円		

※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者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。

温存後生殖補助医療の領収金額明細

項 目	費 用
	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	

- ・助成対象となる費用のみ計上してください。
- ・助成の対象となる費用は、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、その実施に伴う入院費、入院時の食事等の費用、診断書の作成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。

山梨県がん患者等妊孕性温存支援事業 助成申請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）

次の山梨県がん患者等妊孕性温存支援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、次のとおり医療費を領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 _____

※主治医氏名は原則自署としますが、医療機関の長印等を押印し、適切に証明がされる場合は、印字でも可

温存後生殖補助医療の対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）
	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（ 歳）
	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			医療機関名（ ） 温存後生殖補助医療主治医氏名（ ）	
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い合わせ先	
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。

山梨県がん患者等妊孕性温存支援事業 助成申請に係る証明書
(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の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 _____

原疾患治療主治医診療科 _____

原疾患治療主治医氏名 _____

※主治医氏名は原則自署としますが、医療機関の長印等を押印し、適切に証明がされる場合は、印字でも可

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	年	月	日 男 ・ 女
今回の原疾患とそれに対する治療方法	原疾患			
	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、次の①～④の該当するものに○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3－2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：山梨県） 3 2回目の申請（1回目：他都道府県）（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。

様式第3－2号（原疾患治療実施医療機関において記載）

※「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を実施した（実施予定である）場合は、以下の表において該当する治療にチェックし、様式第3－1号に添付してください。

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		
	薬剤別	☐ <8,000 mg/m ²	☐ 8,000～12,000 mg/m ²	☐ >12,000 mg/m ²
		CED の項で該当箇所にチェックすること		
		アルキル化薬		
		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 (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

(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	ドキシソルビシン, ブレオマイシン, ビンブラスチン, ダカルバジン
AC	ドキシソルビシン, 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, ドキシソルビシン, シクロホスファミド, ビンクリスチン, プロカルバジン, プレドニゾロン
BEP	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, ドキシソルビシン, フルオロウラシル
CBDCA	carboplatin (カルボプラチン)
CDDP	cisplatin (シスプラチン)
CED	cyclophosphamide equivalent dose (シクロホスファミド相当量) ※
CEF	シクロホスファミド, エピルビシン, フルオロウラシル
CHOP	シクロホスファミド, ドキシソルビシン, ビンクリスチン, プレドニゾロン
CMF	シクロホスファミド, メトトレキサート, フルオロウラシル
COP	シクロホスファミド, ビンクリスチン, プレドニゾロン
CPA	cyclophosphamide (シクロホスファミド)
CVP	シクロホスファミド, ビンクリスチン, プレドニゾロン
DNR	daunorubicin (ダウノルビシン)
DXR	doxorubicin (ドキシソルビシン)
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, ビンクリスチン, シクロホスファミド, ドキシソルビシン
ETP	etoposide (エトポシド)
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)
VLB	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	ドキシソルビシン, シスプラチン, メトトレキサート, イホスファミド
ユーイング肉腫治療	ビンクリスチン, ドキシソルビシン, アクチノマイシンD, シクロホスファミド, イホスファミド, エトポシド

※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。

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

※「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を実施した（実施予定である）場合は、以下の表において該当する治療にチェックし、様式第3－1号に添付してください。

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	CED の項で該当箇所にチェックすること		
	アルキル化薬		☐ CDDP<600 mg/m ² ☐ CBDCA ☐ L-OHP	☐ CDDP>600 mg/m ²
	白金製剤		☐ DXR ☐ IDR ☐ DNR ☐ MIT	
	アントラサイクリン			
	代謝拮抗薬	☐ 6-MP ☐ MTX ☐ Flu	☐ Ara-C ☐ GEM	
	ピンカアルカロイド	☐ 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

(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	ドキシソルビシン, ブレオマイシン, ビンブラスチン, ダカルバジン
AC	ドキシソルビシン, 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, ドキシソルビシン, シクロホスファミド, ビンクリスチン, プロカルバジン, プレドニゾロン
BEP	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, ドキシソルビシン, フルオロウラシル
CBDCA	carboplatin (カルボプラチン)
CDDP	cisplatin (シスプラチン)
CED	cyclophosphamide equivalent dose (シクロホスファミド相当量) ※
CEF	シクロホスファミド, エピルビシン, フルオロウラシル
CHOP	シクロホスファミド, ドキシソルビシン, ビンクリスチン, プレドニゾロン
CMF	シクロホスファミド, メトトレキサート, フルオロウラシル
COP	シクロホスファミド, ビンクリスチン, プレドニゾロン
CPA	cyclophosphamide (シクロホスファミド)
CVP	シクロホスファミド, ビンクリスチン, プレドニゾロン
DNR	daunorubicin (ダウノルビシン)
DXR	doxorubicin (ドキシソルビシン)
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, ビンクリスチン, シクロホスファミド, ドキシソルビシン
ETP	etoposide (エトポシド)
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)
VLB	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	ドキシソルビシン, シスプラチン, メトトレキサート, イホスファミド
ユーイング肉腫治療	ビンクリスチン, ドキシソルビシン, アクチノマイシンD, シクロホスファミド, イホスファミド, エトポシド

※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。

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

第 号
年 月 日

〇〇 〇〇 様

山梨県知事

山梨県がん患者等妊孕性温存支援事業 助成決定通知書

年 月 日付けで助成申請があったことについては、山梨県がん患者妊孕性温存支援事業実施要綱に基づき次のとおり決定したので通知します。

1 助成額

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。

第 号
年 月 日

〇〇 〇〇 様

山梨県知事

山梨県がん患者等妊孕性温存支援事業 助成不承認通知書

年 月 日付けで助成申請があったことについては、次の理由により不承認となりました。

理由：

山梨県がん患者等妊孕性温存支援事業指定医療機関指定申請書

山梨県知事 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）

山梨県がん患者等妊孕性温存支援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、「山梨県がん患者等妊孕性温存支援事業実施要綱」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」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)		☐ 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						
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 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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 ☐ 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

事実婚関係に関する申立書

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。

記

①	住所	
	氏名	
②	住所	
	氏名	
①と②が別世帯となっている場合は、その理由		

事実婚関係に関する申立書

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。

記

①	住所	
	氏名	
②	住所	
	氏名	
①と②が別世帯となっている場合は、その理由		