

## 鳥取県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業補助金交付要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、鳥取県補助金等交付規則（昭和32年鳥取県規則第22号。以下「規則」という。）第4条の規定に基づき、鳥取県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療費助成事業補助金（以下「本補助金」という。）の交付について、規則に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

### (交付目的)

第2条 本補助金は、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、将来子どもを出産することができる可能性を温存するための妊孕性温存療法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などの妊孕性温存療法の研究を促進することを目的として交付する。

### (補助金の交付)

第3条 県は、前条の目的の達成に資するため、別表の第1欄に掲げる対象者が、同表の第2欄に掲げる治療（以下「補助事業」という。）を行った場合、予算の範囲内で本補助金を交付する。

2 本補助金の額は、補助事業に要する別表の第2欄に掲げる経費（以下「補助対象経費」という。）と同表の第3欄に定める補助上限額とを比較して少ない額とする。

### (交付申請及び実績報告の時期等)

第4条 本補助金の交付申請及び実績報告は、妊孕性温存療法に係る費用の支払日の属する年度内に行わなければならない。ただし、妊孕性温存療法実施後、期間を置かず原疾患治療を開始する必要があるなどのやむを得ない事情により、当該年度内に申請及び実績報告が困難であった場合には、翌年度に行うことができる。

2 本補助金を申請及び実績報告しようとする者は、妊孕性温存療法研究促進事業参加申請書兼実績報告書（様式第1-1号）に以下の書類を添付し提出すること。

- (1) 鳥取県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書（妊孕性温存療法実施医療機関）（様式第1-2号）
- (2) 鳥取県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書（原疾患治療実施医療機関）（様式第1-3号）
- (3) 申請及び実績報告時に鳥取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）

### (交付決定及び交付額確定の時期等)

第5条 本補助金の交付決定は、規則第18条第1項の規定による交付額の確定と併せて、原則として、交付申請及び実績報告を受けた日から20日以内に行うものとする。

2 本補助金の交付決定通知及び交付額確定通知は、鳥取県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業承認決定及び交付額確定通知書（様式第3-1号）によるも

のとする。

- 3 知事は第1項による額の確定を行った日から30日以内に補助金を交付する。
- 4 審査の結果、申請及び実績報告内容が適正と認められないときは、その理由を付した鳥取県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業不承認決定通知書（様式第3-2号）により速やかに申請者に通知するものとする。

（雑則）

第6条 この要綱に定めるもののほか、本補助金の交付について必要な事項は、福祉保健部長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和3年7月12日から施行し、令和3年度の補助事業から適用する。

附 則

この要綱は、令和4年2月21日から施行する。

別表（第3条関係）

<p>1 補助事業の対象者</p>	<p>この事業の対象者については、以下の条件を全て満たす者とする。</p> <p>(1) 本事業申請及び実績報告時に、鳥取県内に住所を有する者。</p> <p>(2) 第2欄に定める対象となる治療の凍結保存時に43歳未満の者。</p> <p>(3) 知事が指定する医療機関（以下「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。</p> <p>(4) 以下のいずれかの原疾患の治療を受けた又は受ける予定である者。</p> <p>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」（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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>(5) 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を対象とする。ただし、子宮摘出が必要な場合など、本人が妊娠できないことが想定される場合は除く。また、前項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。</p>
<p>2 補助対象経費</p>	<p>妊孕性温存療法に係る以下のいずれかの治療の経費のうち、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。また、「不妊に悩む方への特定治療支援事業」に基づく助成を受けている場合は、本事業の助成の対象外とする。</p> <p>(1) 胚（受精卵）凍結に係る治療</p> <p>(2) 未受精卵凍結に係る治療</p> <p>(3) 卵巣組織凍結に係る治療（組織の再移植を含む）</p> <p>(4) 精子凍結に係る治療</p> <p>(5) 精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療</p>

3 補助上限額

治療毎の1回あたりの補助上限額については、下記の表の通りとする。

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。

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	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

# 鳥取県小児・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領

## 1 目的

鳥取県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業補助金交付要綱（以下「本事業補助金交付要綱」という。）の実施において、補助金の円滑な交付事務を行うため、知事の指定する医療機関の指定事務等に関する事項を定めることを目的とする。

## 2 助成制度の概要

- (1) 実施主体 鳥取県
- (2) 対象者 本事業補助金交付要綱の別表1に掲げる者。
- (3) 実施方法 本事業補助金交付要綱に基づき、対象者が妊孕性温存療法実施医療機関において妊孕性温存療法を行った場合、県は予算の範囲内で本事業補助金を交付する。
- (4) 申請及び実績報告方法 対象者は、本事業補助金交付要綱に定める方法で交付申請及び実績報告を行う。その際、妊孕性温存療法実施医療機関及び、原疾患治療実施医療機関が発行する証明書を添付する。

## 3 指定医療機関の指定

- (1) 知事は、医療機関からの申請に対して、4に定める事項を実施できる医療機関を指定医療機関として指定することができる。なお、令和4年3月31日までに都道府県知事の指定を受けた指定医療機関は、本事業補助金交付要綱の適用日後であれば、指定医療機関の指定を受けていたものとみなすことができる。
- (2) 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及び他の都道府県知事が指定した医療機関を当該都道府県知事が指定したとみなすことができる。
- (3) 知事は、指定医療機関より指定の辞退の申し出があったとき、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。
- (4) 上記3(1)の指定を受けようとする医療機関は指定申請書（様式第2-1号）を知事に提出する。
- (5) 上記3(4)の指定申請書の内容に変更等があった場合は、速やかに変更・辞退届出書（様式第2-2号）を知事に提出するものとする。

## 4 指定医療機関の要件

指定を受けようとする医療機関は、本事業の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又は日本泌尿器科学会が認定した医療機関のうち、5のすべての事項（5(3)を除く）を実施できることとする。ただし、日本産科婦人科学会又は日本泌尿器科学会が医療機関を認定するまでの期間については、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のうち、5のすべての事項（5(3)を除く）を実施できる医療機関とする。

## 5 指定医療機関及び原疾患治療施設における実施方法

- (1) 指定医療機関及び原疾患治療施設は、対象者への情報提供・相談支援・精神心理的支援を行う。
- (2) 指定医療機関は、対象者に対して本事業補助金交付要綱に定める治療を実施したことを証明する妊孕性温存療法証明書（様式第1－2号）を交付する。
- (3) 原疾患治療施設は、対象者に対して本事業補助金交付要綱に規定する治療を実施したこと又は実施予定であることを証明する原疾患治療証明書（様式第1－3号）を交付する。
- (4) 指定医療機関は臨床情報等のデータを日本がん・生殖医療登録システムへ入力する。また、定期的（年1回以上）に患者のフォローアップを行い、自然妊娠を含む妊娠・出産・検体保存状況及び原疾患の転帰等の情報を日本がん・生殖医療登録システムへ入力する。
- (5) 指定医療機関は、対象者に対して、以下の通り同意を得ること。
  - ア 妊孕性温存療法を受けること及び本補助金に基づく研究への臨床情報等の提供を行うことについて説明を行った上で、本事業に参加することの同意を得ること。
  - イ 対象者が未成年患者の場合は、できる限り本人に対しても説明を行った上で、親権者または未成年後見人による同意を得ること。
  - ウ イの同意取得時に未成年だった対象者が成人した時点で、検体凍結保存の継続について、説明を行った上で同意を得ること。

## 6 注意事項

- (1) 本事業は、保険診療と保険外診療を組み合わせる行う保険外併用療法（いわゆる混合診療）を認めるものではなく、保険外診療である妊孕性温存療法を受けた場合の自己負担の一部を助成するものとする。
- (2) 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こと。

鳥取県

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兼実績報告書

鳥取県知事 平井 伸治 様

次のとおり申請するとともに、実績を報告します。

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	-				-				
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 { }					
鳥取県小児・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、「不妊に悩む方への特定治療支援事業」に基づく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"/> 鳥取県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書 (妊孕性温存療法実施医療機関) (様式第1-2号) <input type="checkbox"/> 鳥取県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書 (原疾患治療実施医療機関) (様式第1-3号) <input type="checkbox"/> 申請時に鳥取県内に住所を有していることが確認できるもの(住民票等)									
振込先	フリガナ				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)										
<ul style="list-style-type: none"> <li>・本事業の趣旨を理解し、小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法に関する研究促進事業に臨床情報等を提供すること。(原則として、生殖可能年齢を越える、あるいは、検体破棄申告があるまでの期間)</li> <li>・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都道府県へ照会及び提供をすること。</li> </ul>										
年 月 日					申請者氏名 (自署)			助成決定金額 ※鳥取県使用欄		
								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、鳥取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、「不妊に悩む方への特定治療支援事業」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。
- 8 医療機関によっては、様式第1-2号及び様式第1-3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。

郵送先

〒680-8570  
鳥取県鳥取市東町一丁目220番地  
鳥取県 福祉保健部 健康医療局 健康政策課 がん・生活習慣病対策室

問合せ先

鳥取県 福祉保健部 健康医療局 健康政策課 がん・生活習慣病対策室  
電話：0857-26-7769  
ファクシミリ：0857-26-8726  
電子メール：kenkouseisaku@pref.tottori.lg.jp



鳥取県  
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)

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。

日 年 月 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_  
 (自署又は記名)

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
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)	実施医療機関 ( )		
	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	実施医療機関 ( )		
III	I、II以外で他医療機関依頼、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、主治医が患者から治療費として支払った領収書の提出を受け、領収金額を記載してください。

※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。
- ・ 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、主治医が患者から治療費として支払った領収書の提出を受け、領収金額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指定医療機関指定申請書

鳥取県知事 平井 伸治 様

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)

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、「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

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)						
<p>1. 学会による認定等</p> <p><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認定を受けている。</p> <p><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認定を受けている。</p> <p><input type="checkbox"/> 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である。(※3)</p> <p>2. 実施事項</p> <p><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。</p>							

※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

※3) 日本産科婦人科学会又は日本泌尿器科学会が医療機関を認定するまでの期間についてのみ指定医療機関の要件を満たす。

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  
変更・辞退申請書

鳥取県知事 平井 伸治 様

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)

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内容を  
(変更・辞退)したいので申請します。

記

医療機関	名称	電話 ( )					
	所在地						
	医療機関コード						
(変更・辞退)の年月日		年 月 日					
(変更・辞退)の理由							
変更する事項							
変更内容		(変更前)			(変更後)		

※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

鳥取県福祉保健部長 ○○ ○○

○○年度鳥取県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業  
承認決定及び交付額確定通知書

年 月 日付の申請書兼実績報告書(以下「申請書」という。)で申請のあった鳥取県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業補助金(以下「本補助金」という。)については、鳥取県補助金等交付規則(昭和32年4月鳥取県規則第22号。以下「規則」という。)第6条第1項の規定に基づき、下記のとおり交付することに決定し、併せて規則第18条第1項の規定に基づき交付額を確定したので、規則第8条第1項及び規則第18条第1項の規定により通知します。

記

1 対象事業

本補助金の対象事業は、「鳥取県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」とし、その内容は、実施要綱に定める妊孕性温存療法の実施とする。

2 交付決定額等

本補助金の算定基準額及び交付決定額は、次のとおりとする。ただし、対象事業の内容が変更された場合におけるそれらの額については、別に通知するところによる。

(1) 算定基準額	金	円
(2) 交付決定額	金	円

3 交付額の確定

本補助金の確定額は、交付決定額のとおりとする。

4 補助規程の遵守

本補助金の收受及び使用、補助事業の遂行等に当たっては、規則及び要綱の規定に従わなければならない。

様式第3-2号（第11条関係）

年 月 日

様

鳥取県福祉保健部長 ○○ ○○

○○年度鳥取県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業不承認決定通知書

年 月 日付の申請書兼実績報告書（以下「申請書」という。）で申請のあった鳥取県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業補助金（以下「本補助金」という。）については、補助金を交付できないと認めたため、鳥取県補助金等交付規則（昭和32年4月鳥取県規則第22号。以下「規則」という。）第8条第2項の規定に基づき通知します。

記

1 対象事業

本補助金の対象事業は、「鳥取県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」。

2 補助金を交付しない理由

○○