

| 新                                                                                                  | 旧                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 福岡県小児・A Y A世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業実施要綱                                                                 | 福岡県小児・A Y A世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業実施要綱                                                                   |
| 第1条～第2条 略                                                                                          | 第1条～第2条 略                                                                                            |
| (助成対象者)                                                                                            | (助成対象者)                                                                                              |
| 第3条 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。                                                           | 第3条 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 略                                                                                                | 一 略                                                                                                  |
| 二 以下のいずれかの原疾患の治療を受ける者                                                                              | 二 以下のいずれかの原疾患の治療を受ける者                                                                                |
| ①「小児・ <u>A Y A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」(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「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」(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 <u>のうち、高・中間・低リスクの治療</u> |
| 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                                                         | 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 | 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                                            |
| 三～七 略                                                                                              | 三～七 略                                                                                                |
| 2 略                                                                                                | 2 略                                                                                                  |
| 第4条～第5条 略                                                                                          | 第4条～第5条 略                                                                                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>(助成の申請)</p> <p>第6条 妊孕性温存療法の申請者は、妊孕性温存療法終了後、福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成申請書（妊孕性温存療法分）（様式第1－1号）に以下の書類を添付して行うものとする。</p> <p>一 福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療助成事業に係る証明書（様式第1－2号及び<u>様式第1－4－1号及び様式第1－4－2号</u>）</p> <p>※妊孕性温存療法指定医療機関の指導に基づき連携機関が妊孕性温存療法の一部を実施した場合は、福岡県小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業に係る領収金額内訳証明書（様式第1－3号）を添付する。</p> <p>二～三 略</p> <p>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、福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成申請書（温存後生殖補助医療分）（様式第2－1号）に以下の書類を添付して行うものとする。</p> <p>一 福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費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）<u>及び福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業に係る証明書（様式第1－4－1号及び様式第1－4－2号）</u></p> <p>※温存後生殖補助医療指定医療機関の指導に基づき連携機関が温存後生殖補助医療の一部を実施した場合は、福岡県小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業に係る領収金額内訳証明書（様式第2－3号）を添付する。</p> | <p>(助成の申請)</p> <p>第6条 妊孕性温存療法の申請者は、妊孕性温存療法終了後、福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成申請書（妊孕性温存療法分）（様式第1－1号）に以下の書類を添付して行うものとする。</p> <p>一 福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療助成事業に係る証明書（様式第1－2号及び<u>様式第1－4号</u>）</p> <p>※妊孕性温存療法指定医療機関の指導に基づき連携機関が妊孕性温存療法の一部を実施した場合は、福岡県小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業に係る領収金額内訳証明書（様式第1－3号）を添付する。</p> <p>二～三 略</p> <p>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、福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成申請書（温存後生殖補助医療分）（様式第2－1号）に以下の書類を添付して行うものとする。</p> <p>一 福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費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）</p> <p>※温存後生殖補助医療指定医療機関の指導に基づき連携機関が温存後生殖補助医療の一部を実施した場合は、福岡県小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業に係る領収金額内訳証明書（様式第2－3号）を添付する。</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>二～三 略</p> <p>第7条～第12条 略</p> <p>附 則<br/>この要綱は、令和元年8月1日から施行する。</p> <p>附 則<br/>この要綱は、令和2年12月25日から施行し、令和2年度の補助金に適用する。なお、令和元年度までの補助金は従前の例による。</p> <p>附 則<br/>1 この要綱は、令和3年4月1日（以下「施行日」という。）から施行する。<br/>2 改正後の要綱の規定は、妊孕性温存治療の終了日が施行日以降のものについて適用し、施行日前に終了した妊孕性温存治療費に対する助成については、なお従前の例による。</p> <p>附 則<br/>1 この要綱は、令和5年7月4日（以下「施行日」という。）から施行する。<br/>2 改正後の要綱の規定は、妊孕性温存療法における凍結保存日又は温存後生殖補助医療における治療期間の初日が施行日以降のものについて適用し、施行日前に終了した妊孕性温存治療費及び温存後生殖補助医療費に対する助成については、なお従前の例による。</p> <p><u>附 則</u><br/><u>この要綱は、令和7年4月28日から施行する。</u></p> | <p>二～三 略</p> <p>第7条～第12条 略</p> <p>附 則<br/>この要綱は、令和元年8月1日から施行する。</p> <p>附 則<br/>この要綱は、令和2年12月25日から施行し、令和2年度の補助金に適用する。なお、令和元年度までの補助金は従前の例による。</p> <p>附 則<br/>1 この要綱は、令和3年4月1日（以下「施行日」という。）から施行する。<br/>2 改正後の要綱の規定は、妊孕性温存治療の終了日が施行日以降のものについて適用し、施行日前に終了した妊孕性温存治療費に対する助成については、なお従前の例による。</p> <p>附 則<br/>1 この要綱は、令和5年7月4日（以下「施行日」という。）から施行する。<br/>2 改正後の要綱の規定は、妊孕性温存療法における凍結保存日又は温存後生殖補助医療における治療期間の初日が施行日以降のものについて適用し、施行日前に終了した妊孕性温存治療費及び温存後生殖補助医療費に対する助成については、なお従前の例による。</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

様式第1-1号

(表)

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成申請書  
(妊孕性温存療法分)

福岡県知事 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)<br>※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<br>(申請者と<br>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)<br>の助成申請回数                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |     |  |  |  |  |  |  | 1 1回目の申請<br>2 2回目の申請<br>(1回目の申請は同一都道府県)<br>3 2回目の申請<br>(1回目の申請は他の都道府県)<br>→都道府県名 { } |  |                                          |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (いずれかの番号に○を付けてください)                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |     |  |  |  |  |  |  |                                                                                      |  |                                          |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費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<br>「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☑)<br><input type="checkbox"/> 福岡県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療費助成事業に係る証明書<br>(妊孕性温存療法実施医療機関) (様式第1-2号)<br><input type="checkbox"/> 福岡県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療費助成事業に係る領収金額内訳証明書<br>(妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関) (様式第1-3号)<br><input type="checkbox"/> 福岡県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療費助成事業に係る証明書 <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</u><br>(原疾患治療実施医療機関) (様式第1-4-1号及び様式第1-4-2号)<br><input type="checkbox"/> 申請時に福岡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)<br><input type="checkbox"/> 夫婦であることを証明できる書類 (経凍結の場合) |            |     |  |  |  |  |  |  |                                                                                      |  |                                          |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                       | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |     |  |  |  |  |  |  |                                                                                      |  | 金融機関名                                    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                       | 口座名義                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |     |  |  |  |  |  |  |                                                                                      |  | 支店名                                      | 支店 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                       | 口座種別                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 普通・当座      |     |  |  |  |  |  |  |                                                                                      |  | 口座番号                                     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                       | 振込先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |     |  |  |  |  |  |  |                                                                                      |  |                                          |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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、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。<br>・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<br>※〇〇都道府県使用欄                                                                 |  |                                          |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |     |  |  |  |  |  |  | 円                                                                                    |  |                                          |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

様式第1-1号

(表)

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成申請書  
(妊孕性温存療法分)

福岡県知事 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)<br>※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<br>(申請者と<br>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)<br>の助成申請回数                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |     |  |  |  |  |  |  | 1 1回目の申請<br>2 2回目の申請<br>(1回目の申請は同一都道府県)<br>3 2回目の申請<br>(1回目の申請は他の都道府県)<br>→都道府県名 { } |  |                                          |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (いずれかの番号に○を付けてください)                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |     |  |  |  |  |  |  |                                                                                      |  |                                          |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費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<br>「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☑)<br><input type="checkbox"/> 福岡県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療費助成事業に係る証明書<br>(妊孕性温存療法実施医療機関) (様式第1-2号)<br><input type="checkbox"/> 福岡県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療費助成事業に係る領収金額内訳証明書<br>(妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関) (様式第1-3号)<br><input type="checkbox"/> 福岡県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療費助成事業に係る証明書 <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</u><br>(原疾患治療実施医療機関) (様式第1-4号)<br><input type="checkbox"/> 申請時に福岡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)<br><input type="checkbox"/> 夫婦であることを証明できる書類 (経凍結の場合) |            |     |  |  |  |  |  |  |                                                                                      |  |                                          |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                       | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |     |  |  |  |  |  |  |                                                                                      |  | 金融機関名                                    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                       | 口座名義                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |     |  |  |  |  |  |  |                                                                                      |  | 支店名                                      | 支店 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                       | 口座種別                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 普通・当座      |     |  |  |  |  |  |  |                                                                                      |  | 口座番号                                     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                       | 振込先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |     |  |  |  |  |  |  |                                                                                      |  |                                          |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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、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。<br>・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<br>※〇〇都道府県使用欄                                                                 |  |                                          |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |     |  |  |  |  |  |  | 円                                                                                    |  |                                          |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(裏)

◎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、福岡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、様式第1-4-1号及び様式第1-4-2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。
- 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：〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号 福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課  
持参の場合  
受付窓口：福岡県庁保健医療介護部がん感染症疾病対策課（行政棟南棟2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

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課 電話：092-643-3317

(裏)

◎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、福岡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、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：〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号 福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課  
持参の場合  
受付窓口：福岡県庁保健医療介護部がん感染症疾病対策課（行政棟南棟2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

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課 電話：092-643-3317

様式第 1－2 ～様式第 1－3 略

様式第 1－2 ～様式第 1－3 略

様式第 1－4－1号

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費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<br>温存療<br>法を受<br>けた(受<br>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<br>(①の場合は以下も承認すること)<br>□ 具体的な治療内容について、様式第1－4－2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、先天性代謝異常症、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                                                                                                                       |          | ( )                                                                                                                     |         |    |     |
| 妊孕性温存療法研究促進事業<br>(妊孕性温存療法分)の助成申請回数<br>(いずれかの番号に○を付けてください)                                                                            |          | 1 1回目の申請<br>2 2回目の申請<br>(1回目の申請は同一都道府県)<br>3 2回目の申請<br>(1回目の申請は他の都道府県)<br>→都道府県名 { }<br>4 <u>上記いずれにも該当せず、原疾患治療の証明のみ</u> |         |    |     |

※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)

様式第 1－4号

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費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<br>温存療<br>法を受<br>けた(受<br>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・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」(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、 <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、先天性代謝異常症、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<br>(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<br>(妊孕性温存療法分)の助成申請回数<br>(いずれかの番号に○を付けてください)                                               |          | 1 1回目の申請<br>2 2回目の申請<br>(1回目の申請は同一都道府県)<br>3 2回目の申請<br>(1回目の申請は他の都道府県)<br>→都道府県名 { }<br>4 <u>上記いずれにも該当せず、原疾患治療の証明のみ</u> |         |    |     |

※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 1-4-2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<br>〔治療による早発閉経不全（POI）リスク〕 |                                              | POIリスク<br>「低」                              |                          | POIリスク<br>「中」                           |     | POIリスク<br>「高」                  |                                     |                                         |                           |                            |                     |                                         |                       |     |    |     |    |     |
|-----------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|-----|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------|-----------------------------------------|-----------------------|-----|----|-----|----|-----|
| 化学療法                        | Cyclophosphamide<br>equivalent dose<br>(CED) | #                                          | <4,000 mg/m <sup>2</sup> |                                         | #   | 4,000～8,000 mg/m <sup>2</sup>  |                                     | ##                                      | >8,000 mg/m <sup>2</sup>  |                            |                     |                                         |                       |     |    |     |    |     |
|                             |                                              | 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 <sup>2</sup> |                                         | ##  | 8,000～12,000 mg/m <sup>2</sup> |                                     | ##                                      | >12,000 mg/m <sup>2</sup> |                            |                     |                                         |                       |     |    |     |    |     |
|                             | 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 <sup>2</sup><br>CBDCA |                                         | ##                        | CDDP>600 mg/m <sup>2</sup> |                     |                                         |                       |     |    |     |    |     |
|                             |                                              | 代謝拮抗薬                                      | #                        | Ara-C                                   | #   | MTX                            |                                     |                                         |                           |                            |                     |                                         |                       |     |    |     |    |     |
|                             |                                              |                                            | #                        | GEM                                     | #   | 6-MP                           |                                     |                                         |                           |                            |                     |                                         |                       |     |    |     |    |     |
|                             |                                              | ビンカルカロイド                                   | #                        | 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<br>(40歳未満)                     |     |                                | #                                   | AC×4サイクル<br>(40歳以上)                     |                           |                            |                     |                                         |                       |     |    |     |    |     |
|                             |                                              |                                            | #                        | AC/EC×4サイクル<br>+タキサン<br>(35歳未満)         |     |                                | #                                   | AC/EC×4サイクル<br>+タキサン<br>(35歳以上)         |                           |                            |                     |                                         |                       |     |    |     |    |     |
|                             |                                              |                                            |                          |                                         |     |                                | #                                   | (F)EC×4サイクル<br>+ dose dense タキサン        |                           |                            |                     |                                         |                       |     |    |     |    |     |
|                             |                                              |                                            |                          |                                         |     |                                |                                     |                                         |                           |                            |                     |                                         |                       |     |    |     |    |     |
|                             |                                              | CMF, CEF,<br>CAF, TAC                      | #                        | CMF                                     | #   | CEF                            | #                                   | CAF                                     | #                         | TAC                        | ##                  | CMF                                     | ##                    | CEF | ## | CAF | ## | TAC |
|                             |                                              |                                            | 6サイクル<br>(30歳未満)         |                                         |     |                                | 6サイクル<br>(30～39歳)                   |                                         |                           |                            | 6サイクル<br>(40歳以上)    |                                         |                       |     |    |     |    |     |
|                             |                                              | FOLFOX                                     | #                        | FOLFOX (40歳未満)                          |     |                                | #                                   | FOLFOX (40歳以上)                          |                           |                            |                     |                                         |                       |     |    |     |    |     |
|                             |                                              | Escalated<br>BEACOPP                       | #                        | Escalated BEACOPP<br>2サイクル              |     |                                | #                                   | Escalated BEACOPP<br>6-8サイクル<br>(30歳未満) |                           |                            | ##                  | Escalated BEACOPP<br>6-8サイクル<br>(30歳以上) |                       |     |    |     |    |     |
|                             |                                              | CHOP                                       | #                        | CHOP 6サイクル<br>(35歳未満)                   |     |                                | #                                   | CHOP 6サイクル<br>(35歳以上)                   |                           |                            |                     |                                         |                       |     |    |     |    |     |
|                             |                                              | Dose-adjusted<br>EPOCH                     | #                        | Dose-adjusted EPOCH<br>6サイクル<br>(35歳未満) |     |                                | #                                   | Dose-adjusted EPOCH<br>6サイクル<br>(35歳以上) |                           |                            |                     |                                         |                       |     |    |     |    |     |
|                             | その他                                          | <input type="checkbox"/>                   | ABVD                     | <input type="checkbox"/>                | CVP |                                |                                     |                                         |                           |                            |                     |                                         |                       |     |    |     |    |     |
|                             |                                              | <input type="checkbox"/>                   | BEP                      | <input type="checkbox"/>                | EP  |                                |                                     |                                         |                           |                            |                     |                                         |                       |     |    |     |    |     |
|                             |                                              |                                            | (30歳未満)                  |                                         |     |                                |                                     |                                         |                           |                            |                     |                                         |                       |     |    |     |    |     |
|                             | 疾患別治療                                        |                                            | <input type="checkbox"/> | 急性骨髄性白血病治療                              |     |                                |                                     |                                         |                           |                            | ##                  | 骨肉腫治療                                   |                       |     |    |     |    |     |
|                             |                                              |                                            | <input type="checkbox"/> | 急性リンパ性白血病治療                             |     |                                |                                     |                                         |                           |                            | ##                  | ユーイング骨肉腫治療                              |                       |     |    |     |    |     |
|                             | 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（思春期前） ≥15 Gy  |                                         |                       |     |    |     |    |     |
|                             |                                              |                                            |                          |                                         |     | #                              | 腹部／骨盤（思春期以降） 5～<10 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）

新設

様式 1－4－2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<br>(治療関連による無精子症になるリスク) |                                              | 低<br>リスク                                  | 中<br>リスク                                                | 高<br>リスク                                                                                                      |
|---------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 化学療法                      | Cyclophosphamide<br>equivalent dose<br>(CED) | #[] $<4,000\text{ mg/m}^2$<br>約90%は精液所見正常 | —                                                       | ##[] $\geq4,000\text{ mg/m}^2$<br>$\geq4,000\text{ mg/m}^2$ ：精子運動性低下<br>$\geq8,000\text{ mg/m}^2$ ：無精子症が遷延・永続 |
|                           |                                              | にチェックすること。                                |                                                         |                                                                                                               |
|                           | 薬剤別                                          | アルキル化薬                                    | #[] CDDP $<600\text{ mg/m}^2$<br>#[] CBDCA<br>#[] L-OHP | ##[] CDDP $>600\text{ mg/m}^2$                                                                                |
|                           |                                              | 白金製剤                                      |                                                         |                                                                                                               |
|                           |                                              | アントラサイクリン                                 | #[] DXR #[] IDR<br>#[] DNR #[] MIT                      |                                                                                                               |
|                           |                                              | 代謝拮抗薬                                     | #[] 6-MP<br>#[] MTX<br>#[] Flu<br>#[]                   | #[] Ara-C<br>#[] GEM                                                                                          |
|                           |                                              | ビンカルカロイド                                  | #[] VCR<br>#[] VBL                                      |                                                                                                               |
|                           |                                              | その他                                       | #[] ETP<br>#[] BLM<br>#[] Act-D<br>#[] MMC              |                                                                                                               |
|                           | レジメン別                                        | #[] ABVD<br>#[] CHOP<br>#[] COP           | #[] BCR 2～4サイクル                                         | ##[] BEACOPP：>6サイクル<br>##[] 骨肉腫治療<br>##[] 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<br>##[] アルキル化薬＋精巣照射<br>##[] TMZ＋頭蓋照射<br>##[] BCNU＋頭蓋照射                                       |
|                           | 造血幹細胞移植                                      |                                           |                                                         | ##[] BU+CPA<br>##[] Flu+L-PAM<br>##[] 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                                      |                                                         | ##[] $\geq40\text{ Gy}$                                                                                       |
|                           |                                              | 骨髄照射                                      |                                                         | ##[] 実施あり                                                                                                     |
|                           |                                              | #[] $<0.7\text{ Gy}$                      | #[] 1～6 Gy                                              | ##[] 成人男性 $>2.5\text{ Gy}$<br>##[] 小児 $\geq6\text{ Gy}$                                                       |

（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号

(表)

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成申請書  
(温存後生殖補助医療分)

福岡県知事 殿

次のとおり申請します。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |                                          |         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------|---------|--|
| 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)<br>※原則必須。登録出来ない場合、理由を下部に記載 |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 患者アプリを登録出来ない理由 |                                          |         |  |
| 夫<br>(申請者と<br>同じであれ<br>ば記入不<br>要)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ふりがな           | 生年月日                                     |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 氏名             | 年 月 日 生                                  |         |  |
| 妻<br>(申請者と<br>同じであれ<br>ば記入不<br>要)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ふりがな           | 生年月日                                     |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 氏名             | 年 月 日 生                                  |         |  |
| <p>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</p> <p>ない ・ ある</p> <p>→自身が過去( )回受けた</p> <p>→<u>配偶者(事実婚を含む)</u>が過去( )回受けた</p> <p>※助成を受けたことがある場合<br/>助成を受けた都道府県名 ( )</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |                                          |         |  |
| <p>【添付書類】 (添付したものに☑)</p> <p><input type="checkbox"/> 福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費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) (様式第2-2号)</p> <p><input type="checkbox"/> 福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費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)</p> <p><input type="checkbox"/> <u>福岡県小児・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)</u> (様式第1-4-1号及び様式第1-4-2号)</p> <p><input type="checkbox"/> 夫婦であることを証明できる書類</p> <p><input type="checkbox"/> 申請時に福岡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)</p> |                |                                          |         |  |
| 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    |  |
| <p>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)</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名 (自署)</p> <p>助成決定金額<br/>※福岡県使用欄</p> <p>円</p>                                                                                                                                                                  |                |                                          |         |  |

様式第2-1号

(表)

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成申請書  
(温存後生殖補助医療分)

福岡県知事 殿

次のとおり申請します。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |                                          |         |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------|---------|--|
| 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)<br>※原則必須。登録出来ない場合、理由を下部に記載 |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 患者アプリを登録出来ない理由 |                                          |         |  |
| 夫<br>(申請者と<br>同じであれ<br>ば記入不<br>要)                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ふりがな           | 生年月日                                     |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 氏名             | 年 月 日 生                                  |         |  |
| 妻<br>(申請者と<br>同じであれ<br>ば記入不<br>要)                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ふりがな           | 生年月日                                     |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 氏名             | 年 月 日 生                                  |         |  |
| <p>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</p> <p>ない ・ ある</p> <p>→自身が過去( )回受けた</p> <p>→<u>パートナー</u>が過去( )回受けた</p> <p>※助成を受けたことがある場合<br/>助成を受けた都道府県名 ( )</p>                                                                                                                                                                             |                |                                          |         |  |
| <p>【添付書類】 (添付したものに☑)</p> <p><input type="checkbox"/> 福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費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)</p> <p><input type="checkbox"/> 福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費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)</p> <p><input type="checkbox"/> 夫婦であることを証明できる書類</p> <p><input type="checkbox"/> 申請時に福岡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)</p> |                |                                          |         |  |
| 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    |  |
| <p>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)</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名 (自署)</p> <p>助成決定金額<br/>※福岡県使用欄</p> <p>円</p>   |                |                                          |         |  |

(表)

◎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、福岡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、様式第2-2号、様式第2-3号、様式第4-1-1号及び様式第4-1-2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。
- 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（JGFR）」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 同一の都道府県において、様式第1-1号の添付書類として様式第1-4-1号及び様式第1-4-2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。

申請方法

郵送の場合  
宛先：〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号 福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課  
持参の場合  
受付窓口：福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課（行政棟南棟2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

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課 電話：092-643-3317

(裏)

◎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、福岡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（JGFR）」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。

申請方法

郵送の場合  
宛先：〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号 福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課  
持参の場合  
受付窓口：福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課（行政棟南棟2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

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課 電話：092-643-3317

様式第2-2号

(表)

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費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)

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費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（※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 |   |    |

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業の温存後生殖補助医療指定医療機関ですか。

対象者は、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（ ） 妊孕性温存療法実施医療機関名（ ）

|        |     |                                                                                                                                                          |                                                                          |
|--------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 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。<br>該当する番号に○を付けてください。<br>1 凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療<br>2 凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療<br>3 凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療<br>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）<br>生殖補助医療終了日（ 年 月 日）<br>※上記開始日と同じ場合も記載してください。<br>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。<br>1 以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合<br>2 人工授精を実施する場合<br>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                      |                                                                          |
|        | 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。（※3）<br>他医療機関への依頼 あり・なし 院外処方 あり・なし<br>医療機関名（ ）<br>依頼内容（ ）                                                                 |                                                                          |
| 領収金額合計 |     | 円（内訳は裏面のとおり）                                                                                                                                             |                                                                          |
| 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。

様式第2-2号

(表)

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費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)

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費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（※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 |   |    |

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業の温存後生殖補助医療指定医療機関ですか。

対象者は、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（ ） 妊孕性温存療法実施医療機関名（ ）

|        |     |                                                                                                                                                          |                                                                          |
|--------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 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。<br>該当する番号に○を付けてください。<br>1 凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療<br>2 凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療<br>3 凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療<br>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）<br>生殖補助医療終了日（ 年 月 日）<br>※上記開始日と同じ場合も記載してください。<br>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。<br>1 以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合<br>2 人工授精を実施する場合<br>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                      |                                                                          |
|        | 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。（※3）<br>他医療機関への依頼 あり・なし 院外処方 あり・なし<br>医療機関名（ ）<br>依頼内容（ ）                                                                 |                                                                          |
| 領収金額合計 |     | 円（内訳は裏面のとおり）                                                                                                                                             |                                                                          |
| 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。

様式第 2－3 略

様式第 2－4 号

様式第 3 号～様式第 5 号 略

様式第 2－3 略

様式 2－4 号

様式第 3 号～様式第 5 号 略

