

◎「岡山県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業実施要綱」 新旧対照表

新	旧
<p>岡山県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業</p> <p>(目的) 第1条～第2条 略</p> <p>(妊孕性温存療法の対象者) 第3条 本事業における妊孕性温存療法の対象者については、以下の条件を全て満たす者とする。 (1)～(4) 略 (5) 説明及び同意 妊孕性温存療法指定医療機関が、対象者に対し、妊孕性温存療法を受けること及び本事業に基づく研究への臨床情報等の提供をすることについて説明を行った上で、本事業に参加することについての同意が得られた者を対象とする。 対象者が未成年患者の場合は、<u>原則として、妊孕性温存療法を行う担当医師の所属する医療機関における未成年患者本人の同意取得の方針に従い、未成年患者本人(※)及び親権者又は未成年後見人等による同意が得られた者を対象とする。</u> <u>※年齢等の理由で同意能力がないために医療機関での妊孕性温存療法実施の際に未成年患者本人の同意を取得することができない場合は、本事業に参加することに対する本人同意の取得も不要とする。</u></p> <p>第3条の2～第5条 略</p>	<p>岡山県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業</p> <p>(目的) 第1条～第2条 略</p> <p>(妊孕性温存療法の対象者) 第3条 本事業における妊孕性温存療法の対象者については、以下の条件を全て満たす者とする。 (1)～(4) 略 (5) 説明及び同意 妊孕性温存療法指定医療機関が、対象者に対し、妊孕性温存療法を受けること及び本事業に基づく研究への臨床情報等の提供をすることについて説明を行った上で、本事業に参加することについての同意が得られた者を対象とする。 対象者が未成年患者の場合は、<u>できる限り本人も説明を受けた上で、親権者又は未成年後見人による同意が得られた者を対象とする。</u></p> <p>第3条の2～第5条 略</p>

(指定医療機関及び原疾患治療施設の実施方法)

第6条 指定医療機関及び原疾患治療施設は次のとおり事業を実施するものとする。

(1) 指定申請

第5条(2)の指定を受けようとする医療機関は、岡山県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業指定医療機関指定申請書(様式第2号)及び日本産科婦人科学会又は日本泌尿器科学会からの本承認の結果(通知文書等の写し)を知事に提出する。

(2)～(6) 略

(7) 同意の取得

指定医療機関は、対象者に対して、以下のとおり同意を得ること。

① 略

② 対象者が未成年患者の場合は、原則として、妊孕性温存療法を行う担当医師の所属する医療機関における未成年患者本人の同意取得の方針に従い、未成年患者本人(※)及び親権者又は未成年後見人等による同意を得ること(第3条の対象者に限る。)。

※年齢等の理由で同意能力がないために医療機関での妊孕性温存療法実施の際に未成年患者本人の同意を取得することができない場合は、本事業に参加することに対する本人同意の取得も不要とする。

③ 略

(8) がん・生殖医療連携ネットワーク体制への参画

県が構築するがん・生殖医療連携ネットワークに参画し、医療連携や情報連携の推進、患者に対する情報提供及び意思決定支援体制の整

(指定医療機関及び原疾患治療施設の実施方法)

第6条 指定医療機関及び原疾患治療施設は次のとおり事業を実施するものとする。

(1) 指定申請

第5条(2)の指定を受けようとする医療機関は、岡山県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業指定医療機関指定申請書(様式第2号)を知事に提出する。

(2)～(6) 略

(7) 同意の取得

指定医療機関は、対象者に対して、以下のとおり同意を得ること。

① 略

② 対象者が未成年患者の場合は、できる限り対象者本人に対しても説明を行った上で、親権者又は未成年後見人による同意を得ること(第3条の対象者に限る。)。

③ 略

(8) がん・生殖医療連携ネットワーク体制への参画

県が構築するネットワークに参画し、医療連携や情報連携の推進、患者に対する情報提供及び意思決定支援体制の整備と質の向上を図る

備と質の向上を図るとともに、妊孕性温存を希望する患者が円滑に治療を受けられる体制の構築に努めること。

第7条～第10条 略

附則

1 この要綱は、令和3年6月1日から施行する。

附則

1 この要綱は、令和3年7月1日から施行し、同年4月1日から適用する。

附則

1 この要綱は、令和4年6月1日から施行し、同年4月1日から適用する。

附則

1 この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

附則

1 この要綱は、令和5年5月1日から施行し、同年4月1日から適用する。

附則

1 この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

附則

1 この要綱は、令和7年3月10日から施行し、令和6年12月25日から適用する。

附則

1 この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

附則

1 この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

別表1・別表2 略

とともに、妊孕性温存を希望する患者が円滑に治療を受けられる体制の構築に努めること。

第7条～第10条 略

附則

1 この要綱は、令和3年6月1日から施行する。

附則

1 この要綱は、令和3年7月1日から施行し、同年4月1日から適用する。

附則

1 この要綱は、令和4年6月1日から施行し、同年4月1日から適用する。

附則

1 この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

附則

1 この要綱は、令和5年5月1日から施行し、同年4月1日から適用する。

附則

1 この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

附則

1 この要綱は、令和7年3月10日から施行し、令和6年12月25日から適用する。

附則

1 この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

別表1・別表2 略

様式第1-1号

様式第1-1号

岡山県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業参加申請書
(妊孕性温存療法分)

岡山県知事 殿

次のとおり申請します。

年 月 日

申請者	ふりがな	-----		妊孕性温存療法を受けた者との関係
	氏名			
	生年月日・性別	年 月 日生	男・女	
	住所	〒 -		
	電話番号		患者アプリ番号(12桁) ※原則必須。登録出来ない場合、理由を下欄に記載	
患者アプリを登録出来ない理由				

妊孕性温存療法を受けた者(申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな	-----		
	氏名			
	生年月日・性別	年 月 日生	男・女	
	住所	〒 -		
電話番号	-			

妊孕性温存療法研究促進事業(妊孕性温存療法分)の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください。)	1 1回目の申請 2 2回目の申請 (1回目の申請は同一都道府県) 3 2回目の申請 (1回目の申請は他の都道府県) →都道府県名 { }
--	--

岡山県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業の対象となる費用について、他制度の助成を受けていますか。	はい・いいえ 「はい」の場合、本助成を受けることはできません。
---	------------------------------------

添付書類	(添付したものに☑) <input type="checkbox"/> 岡山県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書(妊孕性温存療法実施医療機関)(様式第1-2号) 必須 <input type="checkbox"/> 岡山県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る領収金額内訳証明書(妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関)(様式第1-3号) <input type="checkbox"/> 岡山県小児・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)(様式第1-4-1号(必須)及び様式第1-4-2号(※)) ※様式第1-4-2号は実施要綱第3条(3)①に該当する場合のみ提出が 必須 <input type="checkbox"/> 申請時に岡山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) 必須 <input type="checkbox"/> 岡山県税の完納証明書(申請書到達日3ヶ月以内のもの) 必須 <input type="checkbox"/> 夫婦であることを証明できる書類(胚凍結の場合)
------	--

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、岡山県小児・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、当該情報を提供すること。
- ・本事業の助成状況について他の都道府県へ照会及び提供をすること。

年 月 日

申請者氏名 (自署)

助成決定金額
※岡山県使用欄

妊孕性温存療法を受けた者(自署)
(申請者と同じである場合等記載不要)

円

様式第1-1号

様式第1-1号

岡山県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業参加申請書
(妊孕性温存療法分)

岡山県知事 殿

次のとおり申請します。

年 月 日

申請者	ふりがな	-----		妊孕性温存療法を受けた者との関係
	氏名			
	生年月日・性別	年 月 日生	男・女	
	住所	〒 -		
	電話番号		患者アプリ番号(12桁) ※原則必須。登録出来ない場合、理由を下欄に記載	
患者アプリを登録出来ない理由				

妊孕性温存療法を受けた者(申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな	-----		
	氏名			
	生年月日・性別	年 月 日生	男・女	
	住所	〒 -		
電話番号	-			

妊孕性温存療法研究促進事業(妊孕性温存療法分)の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください。)	1 1回目の申請 2 2回目の申請 (1回目の申請は同一都道府県) 3 2回目の申請 (1回目の申請は他の都道府県) →都道府県名 { }
--	--

岡山県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業の対象となる費用について、他制度の助成を受けていますか。	はい・いいえ 「はい」の場合、本助成を受けることはできません。
---	------------------------------------

添付書類	(添付したものに☑) <input type="checkbox"/> 岡山県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書(妊孕性温存療法実施医療機関)(様式第1-2号) 必須 <input type="checkbox"/> 岡山県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る領収金額内訳証明書(妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関)(様式第1-3号) <input type="checkbox"/> 岡山県小児・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)(様式第1-4-1号及び様式第1-4-2号) 必須 <input type="checkbox"/> 申請時に岡山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) 必須 <input type="checkbox"/> 岡山県税の完納証明書(申請書到達日3ヶ月以内のもの) 必須 <input type="checkbox"/> 夫婦であることを証明できる書類(胚凍結の場合)
------	---

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、岡山県小児・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、当該情報を提供すること。
- ・本事業の助成状況について他の都道府県へ照会及び提供をすること。

年 月 日

申請者氏名 (自署)

助成決定金額
※岡山県使用欄

妊孕性温存療法を受けた者(自署)
(申請者と同じである場合等記載不要)

円

◎注意事項

- 1 妊孕性温存療法を受けた方が未成年の場合は、申請者欄には原則、親権者名又は未成年後見人等の氏名を記載してください。また、妊孕性温存療法を行う担当医師の所属する医療機関施設における未成年患者本人の同意取得の方針に従い、年齢等の理由で同意能力がないために医療機関での妊孕性温存療法実施の際に未成年患者本人の同意を取得することができない場合は、妊孕性温存療法を受けた者の自署は不要です。
- 2 助成決定金額は、岡山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。
- 4 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。
- 5 助成回数は、合計2回までです。
- 6 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。
- 7 助成対象の治療の一部を指定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。
- 8 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。
- 9 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・助成情報当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。

郵送先

〒700-8570
岡山県岡山市北区内山下2-4-6
岡山県保健医療部疾病感染症対策課 疾病対策班

問合せ先

岡山県保健医療部疾病感染症対策課 疾病対策班
【電話番号】086-226-7321

◎注意事項

- 1 妊孕性温存療法を受けた方が未成年の場合は、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 助成決定金額は、岡山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。
- 4 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。
- 5 助成回数は、合計2回までです。
- 6 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。
- 7 助成対象の治療の一部を指定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。
- 8 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。
- 9 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・助成情報当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。

郵送先

〒700-8570
岡山県岡山市北区内山下2-4-6
岡山県保健医療部疾病感染症対策課 疾病対策班

問合せ先

岡山県保健医療部疾病感染症対策課 疾病対策班
【電話番号】086-226-7321

様式第1-2号 略

様式第1-3号

様式第1-3号

岡山県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る領収金額内訳証明書
(妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関)

岡山県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業の実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、妊孕性温存療法実施医療機関の指導に基づく妊孕性温存療法(※1)の一部を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地 _____
 医療機関の名称 _____
 診療科(※2) _____
 担当医師 氏名 _____ (自署)

妊孕性温存療法を受けた者	ふりがな	_____			
	氏名	_____			
	生年月日・性別等	年	月	日生	男・女
妊孕性温存療法を受ける患者の紹介を受けた妊孕性温存療法指定医療機関名と当該医師名		医療機関の名称()		妊孕性温存療法主治医の氏名()	
領収金額合計 ※3	円 (内訳は以下のとおり)				
	項目				費用
領収金額内訳					円
					円
					円
					円
					円
備考					

治療期間

年 月 日～ 年 月 日

領収金額に関する問合せ先

担当課	
担当者	
電話番号	— —

※1 生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療に際して精子、卵子又は卵巣組織を採取し、これを凍結保存するまでの一連の医療行為、若しくは卵子を採取し、これを受精させ、胚(受精卵)を凍結保存するまでの一連の医療行為のこと。
 ※2 薬局の場合は記載不要。
 ※3 助成の対象となる費用は、妊孕性温存療法及び初回凍結保存に要した費用に限るものとし、入院室料(差額ベッド代等)、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。

様式第1-2号 略

様式第1-3号

様式第1-3号

岡山県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る領収金額内訳証明書
(妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関)

岡山県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業の実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、妊孕性温存療法実施医療機関の指導に基づく妊孕性温存療法(※1)の一部を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地 _____
 医療機関の名称 _____
 診療科 _____
 担当医師 氏名 _____ (自署)

妊孕性温存療法を受けた者	ふりがな	_____			
	氏名	_____			
	生年月日・性別等	年	月	日生	男・女
妊孕性温存療法を受ける患者の紹介を受けた妊孕性温存療法指定医療機関名と当該医師名		医療機関の名称()		妊孕性温存療法主治医の氏名()	
領収金額合計 ※2	円 (内訳は以下のとおり)				
	項目				費用
領収金額内訳					円
					円
					円
					円
					円
備考					

治療期間

年 月 日～ 年 月 日

領収金額に関する問合せ先

担当課	
担当者	
電話番号	— —

※1 生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療に際して精子、卵子又は卵巣組織を採取し、これを凍結保存するまでの一連の医療行為、若しくは卵子を採取し、これを受精させ、胚(受精卵)を凍結保存するまでの一連の医療行為のこと。
 ※2 助成の対象となる費用は、妊孕性温存療法及び初回凍結保存に要した費用に限るものとし、入院室料(差額ベッド代等)、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。

様式第1-4-1号~様式第3-2号 略

様式第3-3号

様式第3-3号

岡山県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る領収金額内訳証明書
(温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関)

岡山県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業の実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、温存後生殖補助医療実施医療機関の指導に基づく温存後生殖補助医療(※1)の一部を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地 _____
 医療機関の名称 _____
 診療科(※2) _____
 担当医師 氏名 _____ (自署)

温存後生殖補助医療の対象者	ふりがな 氏名	生年月日 性別	年 月 日生 男・女
配偶者(事実婚を含む)	ふりがな 氏名	生年月日 性別	年 月 日生 男・女
温存後生殖補助医療を受ける患者の紹介を受けた妊孕性温存療法指定医療機関名と当該医師名		医療機関の名称() 温存後生殖補助医療主治医の氏名()	
領収金額合計 ※3	円(内訳は以下のとおり)		
	項 目	費 用	
領収金額内訳			円
			円
			円
			円
			円
備考			

治療期間		領収金額に関する問合せ先	
年 月 日	年 月 日	担当課	
		担当者	
		電話番号	— —

※1 妊孕性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医療のこと。
 ※2 薬局の場合は記載不要。
 ※3 助成の対象となる費用は、妊孕性温存療法及び初回凍結保存に要した費用に限るものとし、入院室料(差額ベッド代等)、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。

様式第3-4号 略

様式第1-4-1号~様式第3-2号 略

様式第3-3号

様式第3-3号

岡山県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る領収金額内訳証明書
(温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関)

岡山県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業の実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、温存後生殖補助医療実施医療機関の指導に基づく温存後生殖補助医療(※1)の一部を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地 _____
 医療機関の名称 _____
 診療科 _____
 担当医師 氏名 _____ (自署)

温存後生殖補助医療の対象者	ふりがな 氏名	生年月日 性別	年 月 日生 男・女
配偶者(事実婚を含む)	ふりがな 氏名	生年月日 性別	年 月 日生 男・女
温存後生殖補助医療を受ける患者の紹介を受けた妊孕性温存療法指定医療機関名と当該医師名		医療機関の名称() 温存後生殖補助医療主治医の氏名()	
領収金額合計 ※2	円(内訳は以下のとおり)		
	項 目	費 用	
領収金額内訳			円
			円
			円
			円
			円
備考			

治療期間		領収金額に関する問合せ先	
年 月 日	年 月 日	担当課	
		担当者	
		電話番号	— —

※1 妊孕性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医療のこと。
 ※2 助成の対象となる費用は、妊孕性温存療法及び初回凍結保存に要した費用に限るものとし、入院室料(差額ベッド代等)、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。

様式第3-4号 略