

湖西市告示 212 号



湖西市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付要綱の一部を改正する要綱を次のように定める。

令和 7 年 7 月 28 日

湖西市長 田内 浩之



湖西市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付要綱の一部を改正する
要綱

湖西市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付要綱（令和 2 年湖西市告示第 79 号）の一部を次のように改正する。

第 2 条第 1 号中「胚」を「胚^{はい}」に、「受精卵」を「受精卵をいう。以下同じ。」に改め、同条第 3 号中「小児、思春期・若年がん患者」を「小児・AYA世代がん患者等」に改め、同条第 6 号中「（受精卵）」を削る。

第 3 条第 1 項中「全て満たし、かつ、次項又は第 3 項に掲げる要件を」を削り、同項第 1 号中「者」を「こと。」に改め、同項第 2 号中「妊孕性温存治療」の次に「（妊孕性を低下させるおそれのある原疾患治療の治療前に行うものを基本とし、原疾患治療の治療中又は治療後に行う場合は、医学的な必要性があるものに限る。）」を加え、「認められる者」を「認められていること（子宮摘出が必要な場合等、本人が妊娠できないことが想定される場合は除く。）」に改め、同号ただし書を削り、同項第 3 号中「の者」の次に「（胚の凍結保存に係る治療の場合は、治療開始時点で法律婚の関係にある夫婦のうち妊孕性温存療養対象者である女性に限り、生まれてくる子の福祉に配慮しながら、事実婚（婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある場合をいう。以下同じ。）の関係（以下「事実婚関係」という。）にある者を含む。）であること」を加え、同号ただし書を削り、同項第 4 号中「市税を滞納していない」を「補助金の交付を受けようとする」に、「補助金」を「当該補助金」に、「が市税を滞納していない者）」を「）が市税を滞納していないこと。」に改め、同項に次の 1 号を加える。

（5） 次のア及びイに掲げる場合に応じ、当該ア及びイに掲げる要件を満たしてい

る。こと。

ア 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業による補助を受けている場合 次の(ア)から(ウ)までに掲げる要件を全て満たしていること。

(ア) ガイドラインの妊孕性低下リスク分類に示された治療のうち乳がんにおけるホルモン療法等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の治療又は次の a 及び b に掲げる原疾患のいずれかについての治療を受けていること。

a 再生不良性貧血、ファンconi貧血その他の遺伝性骨髄不全症候群、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ウイルス感染症その他の造血幹細胞移植が実施される非がん疾患

b 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、ベーチェット病その他のアルキル化剤が投与される非がん疾患

(イ) 別表第 1(1)の項に掲げる医療機関において妊孕性温存治療を受けた者であること。

(ウ) 妊孕性温存治療の研究への臨床情報等の提供をすることについて同意（補助金の交付を受けようとする者が未成年者である場合は、その親権者又は未成年後見人の同意（補助金の交付を受けようとする者が当該提供に係る説明を受けることができる場合は、当該説明を受けた場合に限る。））をすること。

イ 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業による補助を受けていない場合 次の(ア)及び(イ)に掲げる要件を全て満たしていること。

(ア) ガイドラインに基づき、がん治療等により生殖機能が低下するおそれ又は生殖機能を失うおそれがあると医師に診断された者であること。

(イ) 別表第 1(2)の項に掲げる医療機関において妊孕性温存治療を受けた者であること。

第3条第2項及び第3項を削る。

第4条第1号中「者」を「こと。」に改め、同条第2号中「も対象とする。）」を「を含む。）であること。」に改め、同条第3号中「者」を「こと。」に改め、同条第4号中「認められる者」を「認められていること。」に改め、同条第5号中「受けた者」を「受けていること。」に改め、同条第6号中「市税を滞納していない者（補助金）」を「補助金の交付を受けようとする者（当該補助金）」に改め、「が市税を滞納していない者）」を「が市税を滞納していないこと。」に改める。

第 5 条第 1 項中「（受精卵）」を削り、同条第 4 項中「湖西市特定不妊治療費補助金交付要綱（平成 23 年湖西市告示第 79 号）、湖西市一般不妊治療費等助成要綱（平成 27 年湖西市告示第 158 号）若しくは特定不妊治療費補助金交付要綱（平成 16 年静岡県告示第 648 号）に基づく補助金又は一般不妊治療（人工授精）費等助成事業費補助金交付要綱（平成 26 年 3 月 31 日付けこ家第 660 号静岡県健康福祉部長通知）を利用した静岡県内の市町の補助金のいずれか」を「湖西市特定不妊治療費補助金交付要綱（令和 6 年湖西市告示第 99 号）又は他の地方公共団体が実施する同様」に改める。

第 6 条に次の 1 項を加える。

- 5 第 3 項及び第 4 項の回数には、他の地方公共団体が実施する同種の補助の回数を含めるものとする。

第 7 条第 1 項中「第 8 条」を「次条」に改め、同項第 2 号中「及び様式第 4 号」を「、様式第 4 号及び第 4 号の 2」に改め、同項第 4 号中「（受精卵）」を削り、同号ア中「対象者が法律婚の場合は、夫婦」を「夫婦又は事実婚関係にある兩人」に改め、同項中第 6 号を第 7 号とし、第 5 号の次に次の 1 号を加える。

- (6) 対象者が未成年である場合は、申請者が対象者の法定代理人であることが分かるもの

第 7 条第 2 項中第 7 号を第 9 号とし、同号の前に次の 1 号を加える。

- (8) 対象者が未成年である場合は、申請者が対象者の法定代理人であることが分かるもの

第 7 条第 2 項中第 6 号を第 7 号とし、第 5 号を第 6 号とし、同項第 4 号中「対象者が法律婚の場合は、夫婦」を「夫婦又は事実婚関係にある兩人」に改め、同号を同項第 5 号とし、同項第 3 号の次に次の 1 号を加える。

- (4) 若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する証明書（原疾患治療治療実施医療機関）（様式第 4 号）及び化学療法及び放射線治療による性腺毒性のリスク分類表（様式第 4 号の 2）

第 8 条第 2 項中「による交付額」を「により補助金の額」に改める。

第 10 条中「第 3 条」の次に「及び第 4 条」を加える。

別表第1中「

(1) 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業による補助を受けている場合	胚（受精卵）凍結保存、未受精卵凍結保存	静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業実施要領第1(2)又は(3)の規定により指定される医療機関
(2) 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業による補助を受けていない場合	精子凍結保存精巣内精子採取術による精子凍結保存	がん治療の担当医師又は温存治療の担当医師から紹介を受けた医療機関
	胚（受精卵）、未受精卵又は卵巣組織凍結保存 温存後生殖補助医療	静岡県特定不妊治療費助成事業実施要領（平成16年4月1日子家第170号静岡県健康福祉部長通知）第1(2)又は(4)の規定により指定され、公益社団法人日本産科婦人科学会の「医学的適応による未受精卵、胚（受精卵）及び卵巣組織の凍結・保存に関する見解（平成28年6月改定）」に準じて治療を行う医療機関

」を「

(1) 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業による補助を受けている場合	胚又は未受精卵を凍結保存する妊孕性温存治療	静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業実施要領第1(2)又は(3)の規定により指定される医療機関
(2) 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業による補助を受けていない場合	精子を凍結保存する妊孕性温存治療、精巣内精子採取術による精子を凍結保存する妊孕性温存治療	がん治療の担当医師又は妊孕性温存治療の担当医師から紹介を受けた医療機関
	胚、未受精卵又は卵巣組織を凍結保存する妊孕性温存治療	知事が別に定める医療機関で、かつ、公益社団法人日本産科婦人科学会の「医学

	温存後生殖補助医療	的適応による未受精卵子、 胚（受精卵）及び卵巣組織 の凍結・保存に関する見解 （令和4年6月）」に準じて 治療を行う医療機関
--	-----------	--

」に改める。

別表第2中「（受精卵）」を削る。

様式1号を次のように改める。

様式第 1 号（第 7 条関係）

妊孕性温存治療費補助金交付申請書（妊孕性温存治療分）

年 月 日

（宛先）湖西市長

申請者	住 所		電話番号	
	ふりがな			
	氏 名		補助対象者との続柄	
	生年月日	年 月 日		

注：補助対象者が未成年の場合は、申請者は法定代理人となります。

湖西市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金（妊孕性温存治療分）の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

補助対象者	<input type="checkbox"/> 申請者本人	患者アプリ番号										
		患者アプリを登録できない理由										
	<input type="checkbox"/> その他	住 所		電話番号								
		ふりがな										
		氏 名										
	生年月日	年 月 日										

過去に妊孕性温存治療（妊孕性温存治療分）の補助を受けたことがありますか。（該当に☒)

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある（2 回目）	1 回目が静岡県内	市 町 名（	）
（初	→	→		
回）	<input type="checkbox"/> ある（2 回目）	1 回目が静岡県外	都道府県（	）市町村（
	→	→		

今回の妊孕性温存治療について、他の自治体から同様の助成等を受けていますか。
いいえ ・ はい →「はい」の場合、本事業の補助を受けることはできません

申請額	円	区分	<input type="checkbox"/> 胚（受精卵）凍結保存 <input type="checkbox"/> 未受精卵子凍結保存 <input type="checkbox"/> 精子凍結保存 <input type="checkbox"/> 精巣内精子採取術による精子凍結保存 <input type="checkbox"/> 胚（受精卵）、未受精卵子又は卵巣組織凍結保存（組織の再移植を含む）
-----	---	----	---

【添付書類】

関係機関への照会等に関する同意書（様式第 2 号）、妊孕性温存治療実施証明書(様式第 3 号、様式第 4 号及び様式第 4 号の 2)（小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業による補助を受けている場合は当該補助申請に使用する実施証明書の写し）、妊孕性温存治療の一部を連携機関で実施した場合は、領収金額内訳証明書(妊孕性温存治療実施医療機関の連携機関)(様式第 5 号)、胚(受精卵)の凍結保存に係る費用の補助を受けようとする場合にあっては夫婦又は事実婚関係にある両人の戸籍謄本（対象者が事実婚関係の場合は、両人の住民票及び事実婚関係に関する
申立書(様式第 6 号)）、市税の滞納がないことを証する書類（補助申請者が未成年の場合にあっては、法定代理人が市税を滞納していないことを証する書類）

様式第 2 号中「湖西市若年がん患者妊^{よう}孕性温存治療費補助金」を「湖西市若年がん患者妊^{よう}孕性温存治療費補助金」に、「妊^{よう}孕性温存治療及び不妊に悩む方への特定治療支援事業の助成状況」を「妊^{よう}孕性温存治療又は特定治療支援事業等、同種の事業の補助」に、「都道府県」を「地方公共団体」に、「妊^{よう}孕性温存治療の」を「妊^{よう}孕性温存治療の」に改める。

様式第 3 号及び様式第 4 号を次のように改める。

様式第3号（第7条関係）

（表）

若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する証明書
（妊孕性温存治療実施医療機関）

以下のとおり、原疾患治療により生殖機能が低下する又は失う可能性があるとして診断された者に対し妊孕性温存治療（※1）を実施することについて説明し同意を受け、妊孕性温存治療を実施し、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）

妊孕性温存治療を受けた者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日・性別	年	月	日生 男 ・ 女
妊孕性温存治療について紹介を受けた原疾患主治医が所属する医療機関名と当該医師名		医療機関の名称 （ ） 原疾患主治医の氏名 （ ）		
治療方法	Ⅰ 男性へ妊孕性温存治療を実施した場合（該当に☑）			
	いずれかの番号に○を付けてください。	妊孕性温存治療開始日（ 年 月 日）		
	<input type="checkbox"/> 精子凍結保存	凍結保存日（ 年 月 日）		
	<input type="checkbox"/> 精子凍結保存（精巣内精子採取）	妊孕性温存治療終了日（ 年 月 日） （上記実施日と同じ場合も記載してください。）		
		備考（ ）		
	Ⅱ 女性へ妊孕性温存治療を実施した場合（該当に☑）			
	いずれかの番号に○を付けてください。	妊孕性温存治療開始日（ 年 月 日）		
<input type="checkbox"/> 胚（受精卵）凍結保存	凍結保存日（ 年 月 日）			
<input type="checkbox"/> 未受精卵子凍結保存	妊孕性温存治療終了日（ 年 月 日） （上記実施日と同じ場合も記載してください。）			
<input type="checkbox"/> 卵巢組織凍結保存	備考（ ）			
Ⅲ I、II以外で他医療機関依頼、院外処方等がある場合（※2）				
他医療機関への依頼		あり ・ なし	院外処方	あり ・ なし
医療機関名（		）		
依頼内容（		）		
上記の医療費について、今回の領収金額に 含む ・ 含まない				
領収金額合計	円（内訳は裏面のとおり）			
備考（※3）				

※1 生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療に際して精子、卵子又は卵巢組織を採取し、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です。

※2 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で治療を行った場合は、その内容をⅢに記載してください。一連の治療に直接かかる費用として、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。

※3 妊孕性温存治療が正常に行えなかった等の治療内容に係る留意事項は備考欄に記載してください。

(裏)

領収金額 内訳証明書

項目	費用
精子、卵子、卵巣組織の採取に要した費用（検査や排卵誘発剤などを含む）	円
胚（受精卵）を凍結保存する場合の受精に要した費用（受精料、培養料など）	円
凍結保存に要した費用（凍結処置料、初回の凍結保存料など（更新料は含まない））	円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
合計	円

治療期間
年 月 日～ 年 月 日

領収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	— —

- ・ 補助対象となる費用のみを計上してください。
- ・ 補助の対象となる費用は、ガイドラインに基づき行われる妊孕性温存治療に要する費用のうち、精子、卵子、卵巣組織の採取及び凍結並びに胚（受精卵）の凍結に係る医療保険適用外費用とします。
- ・ 補助の対象となる費用は、治療に要する費用（初回の凍結保存に要する費用を含む。）に限るものとし、入院費、入院時の食事代等の治療に直接関係のない費用及び凍結保存の維持に係る費用は対象外です。
- ・ 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で治療を行った場合は、主治医が患者から治療費として支払った領収書の提出を受け、領収金額を記載してください。
- ・ 本証明書を発行する医療機関が領収した金額のみを記入してください。一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、その治療費用は当該医療機関からの証明書等を患者本人に提出いただくことにより、別途確認を行いますので本証明書には記載不要です。

様式第 4 号（第 7 条関係）

若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する証明書（原疾患治療実施医療機関）

以下のとおり、原疾患治療により生殖機能が低下する又は失う可能性があるとして診断された患者に対する原疾患治療及び妊孕性温存治療（※ 1）を実施することについて、説明し同意を受け、原疾患治療を実施した（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

原疾患主治医氏名（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	年	月	日生 男 ・ 女
治療方法	I 原疾患について			
	原疾患名（※ 2） ()	左記の診断日 年 月 日 診断医療機関名 ()		
	II 原疾患に対する治療方法の妊孕性温存低下リスクの評価について			
	該当する番号に○を付けてください。（複数可）			
	1 「小児・AYA 世代がん患者等の妊孕性温存に関する診療ガイドライン」（日本癌治療学会）の妊孕性低下リスク分類に示された治療 (1 の場合は以下も確認すること) <input type="checkbox"/> 具体的な治療内容について、様式第 4 号の 2 にチェックを付け、添付済			
	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治療（ホルモン療法等）			
	3 造血幹細胞移植を実施する治療			
	4 アルキル化剤を投与する治療			
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		
妊孕性温存治療実施医療機関名		()		
妊孕性温存治療支援事業（妊孕性温存治療分）の申請回数（該当に☑）		<input type="checkbox"/> 1 回目の申請 <input type="checkbox"/> 2 回目の申請（1 回目：静岡県内） →市町村名 () <input type="checkbox"/> 2 回目の申請（1 回目：静岡県外） →都道府県名 () <input type="checkbox"/> 上記いずれにも該当せず、原疾患治療の証明のみ		

※ 1 生殖機能が低下する又は失うおそ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です。

※ 2 原疾患名の欄には、がん等の診断名（例：悪性リンパ腫、再生不良性貧血など）を記載してください。

様式第 4 号の次に次の 1 様式を加える。

様式第4号の2（その1）（第7条関係）

化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表（女性）

女性 〔治療による早発卵巣不全（POI）リスク〕		POIリスク 「低」	POIリスク 「中」	POIリスク 「高」	
化学療法	Cyclophosphamide equivalent dose (CED)	<input type="checkbox"/> <4,000 mg/m ²	<input type="checkbox"/> 4,000～8,000 mg/m ²	<input type="checkbox"/> >8,000 mg/m ²	
		思春期前（月経未発来）の場合には以下の範囲となる。初経後しばらくは明確な線引きが困難			
		<input type="checkbox"/> <8,000 mg/m ²	<input type="checkbox"/> 8,000～12,000 mg/m ²	<input type="checkbox"/> >12,000 mg/m ²	
	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	<input type="checkbox"/> CDDP <600 mg/m ² <input type="checkbox"/> CBDCA		
		代謝拮抗薬	<input type="checkbox"/> Ara-C <input type="checkbox"/> MTX <input type="checkbox"/> GEM <input type="checkbox"/> 6-MP		
		ビンカルカロイド	<input type="checkbox"/> VCR		
		モノクローナル抗体	<input type="checkbox"/> Bmab		
	レジメン別	AC/EC±タキサン	<input type="checkbox"/> AC×4サイクル (40歳未満)	<input type="checkbox"/> AC×4サイクル (40歳以上)	
			<input type="checkbox"/> AC/EC×4サイクル +タキサン (35歳未満)	<input type="checkbox"/> AC/EC×4サイクル +タキサン (35歳以上)	
				<input type="checkbox"/> (F)EC×4サイクル + dose dense タキサン	
		CMF, CEF, CAF, TAC	<input type="checkbox"/> CMF <input type="checkbox"/> CEF <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> TAC 6サイクル (30歳未満)	<input type="checkbox"/> CMF <input type="checkbox"/> CEF <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> TAC 6サイクル (30～39歳)	<input type="checkbox"/> CMF <input type="checkbox"/> CEF <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> TAC 6サイクル (40歳以上)
		FOLFOX	<input type="checkbox"/> FOLFOX (40歳未満)	<input type="checkbox"/> FOLFOX (40歳以上)	
		Escalated BEACOPP	<input type="checkbox"/> Escalated BEACOPP 2サイクル	<input type="checkbox"/> Escalated BEACOPP 6-8サイクル (30歳未満)	<input type="checkbox"/> Escalated BEACOPP 6-8サイクル (30歳以上)
		CHOP	<input type="checkbox"/> CHOP 6サイクル (35歳未満)	<input type="checkbox"/> CHOP 6サイクル (35歳以上)	
		Dose-adjusted EPOCH	<input type="checkbox"/> Dose-adjusted EPOCH 6サイクル (35歳未満)	<input type="checkbox"/> Dose-adjusted EPOCH 6サイクル (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 <input type="checkbox"/> 急性リンパ性白血病治療		<input type="checkbox"/> 骨肉腫治療 <input type="checkbox"/> ユーイング肉腫治療		
化学療法＋放射線治療			<input type="checkbox"/> TMZ＋頭蓋照射 <input type="checkbox"/> BCNU＋頭蓋照射 <input type="checkbox"/> アルキル化薬＋骨盤照射		
造血幹細胞移植			<input type="checkbox"/> CPA, BU, L-PAMを含むレジメン <input type="checkbox"/> 全身照射を含むレジメン		
放射線治療	<input type="checkbox"/> 放射性ヨウ素（I-131）		<input type="checkbox"/> 頭蓋照射 >40 Gy		
		<input type="checkbox"/> 腹部／骨盤（思春期前） 10～<15 Gy <input type="checkbox"/> 腹部／骨盤（思春期以降） 5～<10 Gy	<input type="checkbox"/> 腹部／骨盤（思春期前） ≥15 Gy <input type="checkbox"/> 腹部／骨盤（思春期以降） ≥10 Gy <input type="checkbox"/> 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）

(参考) 略語表

略語	用語の説明
6-MP	6-mercaptopurine (6-メルカプトプリン)
ABVD	ドキソルビシン, プレオマイシン, ビンブラスチン, ダカルバジン
AC	ドキソルビシン, シクロホスファミド
Act-D	actinomycin D (アクチノマイシンD)
Ara-C	cytosine arabinoside (シタラビン)
BCNU	bis-chloroethylnitrosourea (カルムスチン)
BEACOPP	プレオマイシン, エトボシド, ドキシソルビシン, シクロホスファミド, ビンクリスチン, プロカルバジン, プレドニゾロン
BEP	プレオマイシン, エトボシド, シスプラチン
BLM	bleomycin (プレオマイシン)
Bmab	bevacizumab (ベバシズマブ)
BU	busulfan (ブスルファン)
CAF	シクロホスファミド, ドキシソルビシン, フルオロウラシル
CBDCA	carboplatin (カルボプラチン)
CDDP	cisplatin (シスプラチン)
CED	cyclophosphamide equivalent dose (シクロホスファミド相当量) ※
CEF	シクロホスファミド, エピルビシン, フルオロウラシル
CHOP	シクロホスファミド, ドキシソルビシン, ビンクリスチン, プレドニゾロン
CMF	シクロホスファミド, メトトレキサート, フルオロウラシル
COP	シクロホスファミド, ビンクリスチン, プレドニゾロン
CPA	cyclophosphamide (シクロホスファミド)
CVP	シクロホスファミド, ビンクリスチン, プレドニゾロン
DNR	daunorubicin (ダウノルビシン)
DXR	doxorubicin (ドキソルビシン)
EC	エピルビシン, シクロホスファミド
EP	エトボシド, シスプラチン
EPOCH	エトボシド, プレドニゾロン, ビンクリスチン, シクロホスファミド, ドキシソルビシン
ETP	etoposide (エトボシド)
Flu	fludarabine (フルダラ)
FOLFOX	レボホリナート, フルオロウラシル, オキサリプラチン
GEM	gemcitabine (ゲムシタビン)
IDR	idarubicin (イダルビシン)
L-OHP	oxaliplatin (オキサリプラチン)
L-PAM	melphalan (メルファラン)
MIT	mitoxantrone (ミトキサントロン)
MMC	mitomycin C (マイトマイシンC)
MTX	methotrexate (メトトレキサート)
TAC	ドセタキセル, ドキシソルビシン, シクロホスファミド
TMZ	temozolomide (テモゾロミド)
VBL	vinblastine (ビンブラスチン)
VCR	vincristine (ビンクリスチン)
急性骨髄性白血病治療	アントラサイクリン, シタラビン
急性リンパ性白血病治療	多剤併用
骨肉腫治療	ドキソルビシン, シスプラチン, メトトレキサート, イホスファミド
ユーイング肉腫治療	ビンクリスチン, ドキシソルビシン, アクチノマイシンD, シクロホスファミド, イホスファミド, エトボシド
<p>※CEDとは、シクロホスファミド以外のアルキル化剤について、「この薬剤をシクロホスファミドに置き換えた場合、どの程度の量を投与したことになるか」を示すものであり、以下の式で算出される。</p> <p> $CED (mg/m^2) = 1.0 (\text{cumulative cyclophosphamide dose } (mg/m^2)) + 0.244 (\text{cumulative ifosfamide dose } (mg/m^2)) + 0.857 (\text{cumulative procarbazine dose } (mg/m^2)) + 14.286 (\text{cumulative chlorambucil dose } (mg/m^2)) + 15.0 (\text{cumulative BCNU dose } (mg/m^2)) + 16.0 (\text{cumulative CCNU dose } (mg/m^2)) + 40 (\text{cumulative melphalan dose } (mg/m^2)) + 50 (\text{cumulative Thio-TEPA dose } (mg/m^2)) + 100 (\text{cumulative nitrogen mustard dose } (mg/m^2)) + 8.823 (\text{cumulative busulfan dose } (mg/m^2))$ </p>	

様式第 4 号の 2（その 2）（第 7 条関係）
化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表（男性）

男性 （治療関連による無精子症になるリスク）		低リスク	中リスク	高リスク
化学療法	Cyclophosphamide equivalent dose (CED)	<input type="checkbox"/> <4,000 mg/m ² <4,000 mg/m ² : 約90%は精液所見正常	— —	<input type="checkbox"/> ≥4,000 mg/m ² ≥4,000 mg/m ² : 精子運動性低下 ≥8,000 mg/m ² : 無精子症が遅延・永続
	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	<input type="checkbox"/> CDDP<600 mg/m ² <input type="checkbox"/> CBDCA <input type="checkbox"/> L-OHP	<input type="checkbox"/> CDDP>600 mg/m ²
		アントラサイクリン	<input type="checkbox"/> DXR <input type="checkbox"/> IDR <input type="checkbox"/> DNR <input type="checkbox"/> MIT	
		代謝拮抗薬	<input type="checkbox"/> 6-MP <input type="checkbox"/> MTX <input type="checkbox"/> Flu <input type="checkbox"/> Ara-C <input type="checkbox"/> GEM	
		ビンカルカロイド	<input type="checkbox"/> VCR <input type="checkbox"/> VBL	
		その他	<input type="checkbox"/> ETP <input type="checkbox"/> BLM <input type="checkbox"/> Act-D <input type="checkbox"/> MMC	
	レジメン別	<input type="checkbox"/> ABVD <input type="checkbox"/> CHOP <input type="checkbox"/> COP	<input type="checkbox"/> BEP 2~4サイクル	<input type="checkbox"/> BEACOPP : >6サイクル <input type="checkbox"/> 骨肉腫治療 <input type="checkbox"/> ユーイング肉腫治療
	化学療法＋放射線治療			<input type="checkbox"/> アルキル化薬＋骨盤照射 <input type="checkbox"/> アルキル化薬＋精巣照射
	造血幹細胞移植			<input type="checkbox"/> TMZ＋頭蓋照射 <input type="checkbox"/> BCNU＋頭蓋照射 <input type="checkbox"/> BU+CPA <input type="checkbox"/> Flu+L-PAM <input type="checkbox"/> アルキル化薬＋全身照射
放射線治療		<input type="checkbox"/> 放射性ヨウ素（I-131）		
	全身照射			<input type="checkbox"/> 実施あり
	頭蓋照射			<input type="checkbox"/> ≥40 Gy
	骨盤照射			<input type="checkbox"/> 実施あり
	精巣照射	<input type="checkbox"/> <0.7 Gy	<input type="checkbox"/> 1～6 Gy	<input type="checkbox"/> 成人男性 >2.5 Gy <input type="checkbox"/> 小児 ≥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）

(参考) 略語表

略語	用語の説明
6-MP	6-mercaptopurine (6-メルカプトプリン)
ABVD	ドキソルビシン, プレオマイシン, ビンブラスチン, ダカルバジン
AC	ドキソルビシン, シクロホスファミド
Act-D	actinomycin D (アクチノマイシンD)
Ara-C	cytosine arabinoside (シタラビン)
BCNU	bis-chloroethylnitrosourea (カルムスチン)
BEACOPP	プレオマイシン, エトポシド, ドキシソルビシン, シクロホスファミド, ビンクリスチン, プロカルバジン, プレドニゾロン
BEP	プレオマイシン, エトポシド, シスプラチン
BLM	bleomycin (プレオマイシン)
Bmab	bevacizumab (ベバシズマブ)
BU	busulfan (ブスルファン)
CAF	シクロホスファミド, ドキシソルビシン, フルオロウラシル
CBDCA	carboplatin (カルボプラチン)
CDDP	cisplatin (シスプラチン)
CED	cyclophosphamide equivalent dose (シクロホスファミド相当量) ※
CEF	シクロホスファミド, エピルビシン, フルオロウラシル
CHOP	シクロホスファミド, ドキシソルビシン, ビンクリスチン, プレドニゾロン
CMF	シクロホスファミド, メトトレキサート, フルオロウラシル
COP	シクロホスファミド, ビンクリスチン, プレドニゾロン
CPA	cyclophosphamide (シクロホスファミド)
CVP	シクロホスファミド, ビンクリスチン, プレドニゾロン
DNR	daunorubicin (ダウノルビシン)
DXR	doxorubicin (ドキソルビシン)
EC	エピルビシン, シクロホスファミド
EP	エトポシド, シスプラチン
EPOCH	エトポシド, プレドニゾロン, ビンクリスチン, シクロホスファミド, ドキシソルビシン
ETP	etoposide (エトポシド)
Flu	fludarabine (フルダラ)
FOLFOX	レボホリナート, フルオロウラシル, オキサリプラチン
GEM	gemcitabine (ゲムシタビン)
IDR	idarubicin (イダルビシン)
L-OHP	oxaliplatin (オキサリプラチン)
L-PAM	melphalan (メルファラン)
MIT	mitoxantrone (ミトキサントロン)
MMC	mitomycin C (マイトマイシンC)
MTX	methotrexate (メトトレキサート)
TAC	ドセタキセル, ドキシソルビシン, シクロホスファミド
TMZ	temozolomide (テモゾロミド)
VBL	vinblastine (ビンブラスチン)
VCR	vincristine (ビンクリスチン)
急性骨髄性白血病治療	アントラサイクリン, シタラビン
急性リンパ性白血病治療	多剤併用
骨肉腫治療	ドキソルビシン, シスプラチン, メトトレキサート, イホスファミド
ユーイング肉腫治療	ビンクリスチン, ドキシソルビシン, アクチノマイシンD, シクロホスファミド, イホスファミド, エトポシド
<p>※CEDとは、シクロホスファミド以外のアルキル化剤について、「この薬剤をシクロホスファミドに置き換えた場合、どの程度の量を投与したことになるか」を示すものであり、以下の式で算出される。</p> $CED (mg/m^2) = 1.0 (\text{cumulative cyclophosphamide dose (mg/m}^2\text{)}) + 0.244 (\text{cumulative ifosfamide dose (mg/m}^2\text{)}) + 0.857 (\text{cumulative procarbazine dose (mg/m}^2\text{)}) + 14.286 (\text{cumulative chlorambucil dose (mg/m}^2\text{)}) + 15.0 (\text{cumulative BCNU dose (mg/m}^2\text{)}) + 16.0 (\text{cumulative CCNU dose (mg/m}^2\text{)}) + 40 (\text{cumulative melphalan dose (mg/m}^2\text{)}) + 50 (\text{cumulative Thio-TEPA dose (mg/m}^2\text{)}) + 100 (\text{cumulative nitrogen mustard dose (mg/m}^2\text{)}) + 8.823 (\text{cumulative busulfan dose (mg/m}^2\text{)})$	

様式第 5 号を次のように改める。

様式第 5 号（第 7 条関係）

若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に係る領収金額内訳証明書
(妊孕性温存治療実施医療機関の連携機関)

以下のとおり、若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付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	年	月	日生 男 ・ 女
妊孕性温存療法を受ける患者の紹介元となる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）			
領収金額内訳	項目	費用		
		円		
		円		
		円		
		円		
		円		
		円		
備 考				

治療期間
年 月 日～ 年 月 日

領収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	— —

※１ 生殖機能が低下する又は失うおそれのある原疾患治療に際して精子、卵子又は卵巢組織を採取し、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です。

※２ 助成の対象となる費用は、妊孕性温存療法及び初回の凍結保存に要した費用に限るものとし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。

様式第 6 号中「妊^{よう}孕性温存治療」を「妊孕性温存治療」に、「妊^{よう}孕性温存療法」を「妊孕性温存療法」に改める。

様式第 7 から様式第 9 号までを次のように改める。

様式第 7 号（第 7 条関係）

妊孕性温存治療費補助金交付申請書
（温存後生殖補助医療分）

年 月 日

（宛先）湖西市長

申請者	住 所		電話番号	
	ふりがな			
	氏 名		補助対象者 との続柄	
	生年月日	年 月 日		

注：補助対象者が未成年の場合は、申請者は法定代理人となります。

湖西市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金（温存後生殖補助医療分）の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

補助対象者	<input type="checkbox"/> 申請者 本人	患者アプリ番号											
		患者アプリを登録 できない理由											
	<input type="checkbox"/> その他	住 所						電 話 番 号					
		ふりがな											
		氏 名											
		生年月日	年 月 日										
過去に妊孕性温存治療（温存後生殖補助医療分）の補助を受けたことがありますか。（該当に <input checked="" type="checkbox"/>)													
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 自 身が（ 回）受けた →助成を受けた地方公共団体（ ）											
		<input type="checkbox"/> 配偶者が（ 回）受けた →助成を受けた地方公共団体（ ）											
今回の温存後生殖医療分について、他の自治体から同様の助成等を受けていますか。 いいえ ・ はい →「はい」の場合、本事業の補助を受けることはできません													
申請額						円							

【添付書類】

関係機関への照会等に関する同意書（様式第 2 号）、若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する証明書（原疾患治療実施医療機関）（様式第 4 号）及び化学療法及び放射線治療による性腺毒性のリスク分類表（様式第 4 号の 2）、温存後生殖補助医療実施証明書（様式 8 号）、温存後生殖補助医療の一部を連携機関で実施した場合は、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 9 号）、夫婦又は事実婚関係にある両者の戸籍謄本、対象者が事実婚の場合は両人の戸籍謄本及び両人の事実婚関係に関する申立書（様式第 10 号）、市税の滞納等がない証明書

若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する証明書
（温存後生殖補助医療実施医療機関）

以下のとおり、原疾患治療により生殖機能が低下する又は失う可能性があるとして診断された者に対し温存後生殖補助医療（※1）を実施することについて説明し同意を受け、温存後生殖補助医療を実施し、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
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
治療方法	I 実施した温存後生殖補助医療			
	以下の該当する番号に○を付けてください。		生殖補助医療開始日 （ 年 月 日）	
	1 凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療		生殖補助医療終了日 （ 年 月 日）	
	2 凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療		（上記開始日と同じ場合も記載してください。）	
	3 凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療		備考 （ ）	
治療方法	4 凍結した精子を用いた生殖補助医療			
	II Iにおいて、2～4に該当する場合			
	以下の該当する番号に○を付けてください。			
	1 以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合 2 人工授精を実施する場合 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			
治療方法	III 他医療機関依頼、院外処方等がある場合（※3）			
	他医療機関への依頼 あり ・ なし		院外処方 あり ・ なし	
	医療機関名（ ）		依頼内容（ ）	
領収金額 合 計	円（内訳は裏面のとおり）			
備 考				

※1 妊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です。

※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してください。

※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。

(裏)

領収金額 内訳証明書

項目	費用
	円
	円
	円
	円
	円
	円
合計	円

治療期間
年 月 日～ 年 月 日

領収金額に関する問合せ先	

- ・ 補助の対象となる費用のみを計上してください。
- ・ 助成の対象となる治療費は、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。
- ・ 本証明書を発行する医療機関が領収した金額のみを記入してください。一連の治療の一部を連携医療機関で実施した場合、その治療費用は当該医療機関からの証明書等を患者本人に提出いただくことにより、別途確認を行いますので本証明書には記載不要です。

様式第9号（第7条関係）

若年がん患者妊孕性温存治療支援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）

以下のとおり、若年がん患者妊孕性温存治療支援事業実施要領で示す対象者要件を満たす者に対し、温存後生殖補助医療実施医療機関の指導に基づく温存後生殖補助医療（※1）の一部を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

診療科

担当医師氏名（自署）

温存後生殖 補助医療の 対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏 名		性 別	男 ・ 女
配偶者 （事実婚を 含む）	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏 名		性 別	男 ・ 女
温存後生殖補助医療を受ける患者の紹介元となる 温存後生殖補助医療指定医療機関名と当該医師名			医療機関の名称 （ 温存後生殖補助医療主治医の氏名 （	
領収金額合計 （※2）		円（内訳は以下のとおり）		
領収金額内訳	項目		費用	
			円	
			円	
			円	
			円	
			円	
備 考				

治療期間	
年 月 日～	年 月 日

領収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	— —

※1 妊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です。

※2 助成の対象となる治療費は、妊孕性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医療に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用は対象外です。

様式第11号を次のように改める。

様式第 11 号（第 8 条関係）

第 号
年 月 日

（申請者）

様

湖西市長



妊孕性温存治療費補助金交付決定 兼 確定通知書

年 月 日付けで申請がありました湖西市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金の交付を決定し、その額を下記のとおり確定しましたので、湖西市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付要綱第 8 条第 2 項の規定により通知します。

記

申請額	金	円
補助額	金	円

様式第 12 号中「妊^{よう}孕性温存治療費補助金交付不承認通知書」を「妊^{よう}孕性温存治療費補助金交付不承認通知書」に、「湖西市若年がん患者妊^{よう}孕性温存治療費補助金の」を「湖西市若年がん患者妊^{よう}孕性温存治療費補助金の」に、「湖西市若年がん患者妊^{よう}孕性温存治療費補助金交付要綱」を「湖西市若年がん患者妊^{よう}孕性温存治療費補助金交付要綱」に改める。

様式第 13 号中「妊^{よう}孕性温存治療費補助金請求書」を「妊^{よう}孕性温存治療費補助金請求書」に、「湖西市若年がん患者妊^{よう}孕性温存治療費補助金に」を「湖西市若年がん患者妊^{よう}孕性温存治療費補助金に」に、「湖西市若年がん患者妊^{よう}孕性温存治療費補助金交付要綱」を「湖西市若年がん患者妊^{よう}孕性温存治療費補助金交付要綱」に改める。

附 則

- 1 この要綱は、公布の日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際、現にこの要綱による改正前の湖西市若年がん患者妊^{よう}孕性温存治療費補助金交付要綱の規定により医療機関に作成を依頼し、又は医療機関が作成した書類は、この要綱による改正後の湖西市若年がん患者妊^{よう}孕性温存治療費補助金交付要綱の規定による書類とみなす。