

下関市特定不妊治療費助成事業実施要綱

(趣旨)

第1条 不妊治療のうち、体外受精及び顕微授精(以下「特定不妊治療」という。)については、1回の治療費が高額であり、その経済的負担が重いことから十分な治療を受けることができず、子どもを持つことを諦めざるを得ない方も少なくないことから、特定不妊治療に要する費用の一部を助成することにより、その経済的負担の軽減を図ることを目的とする。

(対象者)

第2条 対象者は、申請日において、次の各号のすべてに該当するものをいう。

- (1) 夫婦の双方又は一方が市内に住所を有し、市が指定する医療機関(以下「指定医療機関」という。)において特定不妊治療を受けている法律上の婚姻をしている夫婦
- (2) 特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと医師に診断された夫婦
- (3) 治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満である夫婦とする。
- (4) 夫及び妻の前年の所得(1月から5月までの申請については前々年の所得)の合計額が730万円未満であること。なお、所得の範囲及び所得の額の計算方法は児童手当法施行令(昭和46年政令第281号)第2条及び第3条の規定を準用する。

(対象となる治療等)

第3条 対象となる治療等は特定不妊治療とするが、医師の判断に基づき、やむを得ず特定不妊治療を中止した場合についても、卵胞が発育しない等により卵子採取以前に中止した場合を除き、助成の対象とする。ただし、以下に掲げる治療は助成の対象としない。

- (1) 夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供による不妊治療
- (2) 代理母(妻が卵巣と子宮を摘出したことなどにより、妻の卵子が使用できず、かつ、妻が妊娠できない場合に、夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するもの)
- (3) 借り腹(夫婦の精子と卵子は使用できるが、子宮摘出等により、妻が妊娠できない場合に、夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚を妻以外の第三者の子宮に注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するもの)

(助成の範囲)

第4条 市は、対象者が特定不妊治療を受けた日の属する年度ごとに、対象者が負担した特定不妊治療に要する費用に対して、次のとおり助成する。

- (1) 1回の治療につき15万円(ただし、別添1のC及びFの治療については、7万5千円)まで、助成する。通算助成回数は、初めて助成を受けた際の治療期間の初日における妻の年齢が、40歳未満であるときは6回(40歳以上であるときは通算3回)までとする。

ただし、平成25年度以前から本事業による特定不妊治療の助成を受けている夫

婦で、平成27年度までに通算5年間助成を受けている場合には、助成しない。

なお、「1回の治療」とは、採卵準備のための投薬開始から、体外受精または顕微授精1回に至る治療の過程をさす。また、以前に行った体外受精または顕微授精により作られた受精胚による凍結胚移植も1回とみなす。

具体的には別添1のA「新鮮胚移植を実施」からF「採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止」のいずれかにあてはまるものとする。G「卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止」及びH「採卵準備中、体調不良等により治療終了」は助成の対象としない。

- (2) (1)のうち初回の治療に限り30万円まで助成する。(ただし、別添1のC及びFの治療を除く)
- (3) 特定不妊治療のうち精子を精巣または精巣上体から採取するための手術(以下「男性不妊治療」という。)を行った場合は、(1)及び(2)のほか、1回の治療につき15万円まで助成する。(ただし、別添1のCの治療を除く)

(助成金の申請等)

第5条 この要綱により、特定不妊治療費の助成を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、下関市特定不妊治療費助成事業申請書(以下「申請書」という。)(別記第1号様式)を、市長に提出するものとする。

2 前項の申請書には、次の各号に掲げる書類を添付しなければならない。

なお、書類(2)(3)については、前回申請時に提出したものと同一場合は添付を省略することができる。

- (1) 下関市特定不妊治療費助成事業受診等証明書(別記第2号様式)
- (2) 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類
- (3) 第2条第4号の所得の額を確認できる所得証明書
- (4) 指定医療機関発行の領収書

3 前項の申請書は、特定不妊治療を受けた日の属する年度の末日までに提出するものとする。ただし、当該年度内に提出することができない相当の理由があると市長が認めた場合は、この限りではない。

(助成の決定及び支給)

第6条 市長は、前条の申請書を受理した場合、提出のあった申請書及び添付書類について審査を行い、助成の可否について決定し、下関市特定不妊治療費助成事業承認決定通知書(別記第3号様式)又は下関市特定不妊治療費助成事業不承認決定通知書(別記第4号様式)により申請者に通知するとともに申請書に記載された口座に助成金を振り込み、支給するものとする。

2 第4条(3)に該当する申請において助成の決定がなされた場合、下関市特定不妊治療費助成事業承認決定通知書(別記第3号様式)に記す助成金額は、内訳を記載するものとする。

3 夫婦の住所地が異なる場合は、一つの不妊治療期間について他の都道府県、指定都市及び中核市(以下「都道府県等」という。)との重複申請は認めないものとする。本市に申請があった場合は、必要に応じて他の都道府県等と調整を行うものとする。

4 当該年度分の助成対象か否かについては、申請が行われた日を基準とする。

(特定不妊治療費の返還等)

第7条 市長は、申請内容に虚偽の記載をするなど、不正な手段をもって助成を受けた者があるときは、その者から、助成金の全部又は一部の返還を命ずることができる。

(指定医療機関の指定等)

第8条 市長は本事業の実施に当たり、下関市特定不妊治療費助成事業の実施医療機関における設備・人員等の指定要件に関する指針に基づき、特定不妊治療を実施する医療機関として適当と認められるものを指定するものとする。

2 市長は前項の規定による医療機関の指定に当たっては、次の事項に留意して行うものとする。

(1) 特定不妊治療の実施につき、高い技術の下に十分な理解と倫理観をもって対処できる医療機関であること。具体的には、公益社団法人日本産科婦人科学会（以下「学会」という。）が定めた以下の会告等を参考とする。

ア 「体外受精・胚移植」に関する見解（平成26年6月）

イ 顕微授精に関する見解（平成18年4月）

ウ ヒト胚および卵子の凍結保存と移植に関する見解（平成26年6月）

エ 「生殖補助医療における多胎妊娠防止」に関する見解（平成20年4月）

オ 生殖補助医療実施医療機関の登録と報告に関する見解（平成27年4月）

カ 出生前に行われる遺伝学的検査および診断に関する見解（平成25年6月）

(2) 治療により妊娠の確認がされた後においても、妊娠から出産まで安心して医療が受けられる体制が必要であることから、出産等の母体・胎児管理を行う医師等への情報提供ができる医療機関であること。

(3) 指定を行った医療機関についても、3年程度をめぐり要件に照らして再審査を行うものとする。なお、倫理的に許されない行為が行われたことが明らかである等の状況があれば、すみやかに再審査を行い、指定の取消を行うことができるものとする。

3 市長は、他の都道府県等において、特定不妊治療費助成事業実施医療機関の指定を受けているときは、当該指定を受けたことを証する書面をもって前項各号に定める要件を満たしたものとみなし、市長が指定する医療機関とする。

(指定医療機関の指定申請等)

第9条 前条の規定により市長の指定を受けようとする医療機関は、市長に対し下関市特定不妊治療費助成事業実施医療機関指定申請書（別記第5号様式）に必要書類を添えて市長に申請するものとする。

2 市長は前項による申請があったときは、内容を審査の上指定の可否を決定し、当該医療機関に通知するものとする。

3 前項の指定を受けた医療機関（以下「指定医療機関」という。）は、申請内容に変更があった場合、又は、基準を満たさなくなった場合、市長に対しその旨を通知しなければならない。

4 市長は本事業に関して必要と認める場合は、指定医療機関に報告を求めることができる。

(関係医療機関との連絡協議)

第10条 市長は、この事業の円滑な実施を図るため、医療機関の指定その他の事務処理に当たっては、医師会等関係者と連絡協議の上行うものとする。

(台帳の整備等)

第11条 本事業の適正な執行を期するため、特定不妊治療費助成事業台帳（別記第6号様式）を備えるものとする。

(個人情報の保護)

第12条 本事業にあたっては、個人情報の取り扱いに十分留意するとともに、個人情報保護に関する法律（平成15年5月30日法律第57号）及びその他関係法令等の趣旨に従い、適切にこれを行わなければならない。

(その他)

第13条 本事業は、保険診療と保険外診療を組み合わせる行う混合診療を認めるものではなく、保険外診療である特定不妊治療を受けた場合の自己負担の一部を助成するものである。

2 この要綱に定めるもののほか、必要な事項については別に定める。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成17年10月1日から施行し、平成17年4月1日以降に対象者が負担した特定不妊治療費に要する費用について適用する。

(経過措置)

第5条の規定による申請において、山口県特定不妊治療費助成事業実施要綱に規定する様式は、この要綱の様式で申請のあったものとみなす。

附 則

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成21年12月8日から施行する。

附 則

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成28年2月17日から施行し、改正後の下関市特定不妊治療費助成事業実施要綱の規定は、同年1月20日以後に治療が終了し、申請した対象者について適用する。

(経過措置)

- 2 第5条の規定による申請において、山口県男性不妊治療費助成事業実施要綱に規定する様式による申請は、この要綱の様式による申請とみなす。
- 3 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の別記第1号様式、別記第2号様式及び別記6号様式による用紙で現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年12月16日から施行し、改正後の下関市特定不妊治療費助成事業実施要綱の規定は、同年4月1日以後に申請した対象者について適用する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

下関市特定不妊治療費助成事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。
記

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日																		
夫	()	昭和・平成 年 月 日(歳)																		
妻	()	昭和・平成 年 月 日(歳)																		
住所(※1)	〒 電話 ()																			
住所(※2)	〒 電話 ()																			
申請者氏名 _____ 印 _____ 印 (夫及び妻が記名押印) 申 請 金 額 (男性不妊治療分除く) 金 _____ 円 申 請 金 額 (男性不妊治療分) 金 _____ 円 申 請 金 額 合 計 金 _____ 円 平成 年 月 日 下関市長 様																				
過去に下関市又は他の都道府県・指定都市・中核市から特定不妊治療費の助成を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 特定不妊治療費の助成を受けたことがある <input type="checkbox"/> 特定不妊治療費の助成を受けたことはない 過去 () 回受けた 助成金を受けた自治体 (下関市 ・ 都道府県 市)																				
<table border="1"> <tr> <td>助成を受けた自治体</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>助成を受けた時期</td> <td>年 月</td> <td>年 月</td> <td>年 月</td> <td>年 月</td> <td>年 月</td> </tr> <tr> <td>助成金額(円)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			助成を受けた自治体						助成を受けた時期	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	助成金額(円)					
助成を受けた自治体																				
助成を受けた時期	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月															
助成金額(円)																				
振 込 先	金融機関名	銀 行 本店 金 庫 支店(支所) 農 協 出張所																		
	預金の種類	普通 当座 (ふりがな) 口座名義人																		
	口座番号	(左詰記入)																		

注) 太枠の中をご記入ください。

※1: 夫婦の住所を記入する。

※2: 夫婦の住所が異なる場合に記入する。

住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

(添付書類) 1. 特定不妊治療費助成事業受診等証明書(領収書添付)

2. 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類

3. 夫及び妻の市町村が発行する所得証明書(児童手当法施行令による控除額が確認できるもの)

申請受理年月日	(承認・不承認) 決定年月日
受給者番号	
初年度/1回目の治療開始年月日 時点の妻の年齢 歳	<input type="checkbox"/> 年度初回 <input type="checkbox"/> 年度2回目以上 (前回受給者番号) 前回申請添付書類 ・所得証明書年度 <input type="checkbox"/> 前年度 <input type="checkbox"/> 今年度 ・住所変更 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
1. 通算6回まで	
2. 通算3回まで	
助成回数 (/) 回	

(裏)

治療の内容・結果および妊娠の経過について行政への報告を行うことに関する
説 明 書

(1) 報告の目的

厚生労働省では、特定不妊治療を行う医療機関に対し、行われた特定不妊治療の内容・結果および妊娠の経過について、日本産科婦人科学会を通じた報告への協力を求めています。

これを集計し分析することにより、厚生労働省は、助成事業の成果を把握し、今後の助成事業の制度を一層充実していく上で検討の参考とすることができます。また、行われた治療の効果を把握することにより、わが国の不妊治療の発展のために参考となる学術データを得ることができます。

さらに、厚生労働省は、助成事業を実施する都道府県・指定都市・中核市に対し、集計・分析結果を提供し、都道府県・指定都市・中核市も事業の成果を把握し、助成事業の充実に役立てることができるようにしています。

(2) 報告の内容・方法

各医療機関から、(社)日本産科婦人科学会のデータベースを通じ、下欄の項目の統計情報として、厚生労働省に報告されます。

報告には個人名の記載はなく、内容は統計的に集計され、行政側は全国の患者さんの状況について統計として把握することとなります。個人が特定されることはなく、プライバシーは厳守されます。

報告・集計される項目

[報告は医師が行います。患者さんが行うことはありません。]

I 治療から妊娠まで

- (1) 患者(女性)の年齢
- (2) 不妊の原因
- (3) 治療の内容、妊娠の有無

II 妊娠から出産まで

- (4) 妊娠・出産の状況
- (5) 生まれた子の状況

以前の受給歴について以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する

説 明 書

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1夫婦あたりの助成限度が定められています。

他の自治体から転入された方は、以前にお住まいの自治体に、この助成金の以前の受給状況を確認することがありますので、ご承知ください。

なお、情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

下関市特定不妊治療費助成事業受診等証明書

下関市長 様

平成 年 月 日

(医療機関)

住所

名称

主治医氏名

電話番号

印

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

記

医療機関記入欄 (主治医が記入すること)

(ふりがな) 受診者氏名	夫 ()	妻 ()
受診者生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	昭和・平成 年 月 日 (歳)
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号 (注参照) に ○を付けてください	AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 (該当する番号に○を付けてください)
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください []	(精子回収の有無) 1. 有 2. 無
今回の治療期間※1	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
日本産科婦人科学会 UMIN個別調査票 登録の有無	有 → 症例登録番号 ※2	無
領収年月日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
領 収 金 額	今回の治療にかかった金額合計 (領収書は、裏面添付又は別添可)	
	特定不妊治療費 (男性不妊治療費除く)	領収金額 円
	男性不妊治療費※3	領収金額 円

- ※1) 治療期間については、排卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は男性不妊治療を行った日から特定不妊治療終了日までを記載してください。
- ※2) 日本産科婦人科学会UMIN個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。
- ※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 (指定を受けていない医療機関である場合を含む) で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。

(注1) 助成対象となる治療は次のいずれかに相当するものです。

- A 新鮮胚移植を実施
- B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施 (採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1~3周期の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合)
- C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
- D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
- E 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止
- F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止
※採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。

(注2) 採卵に至らないケース (女性への侵襲的治療のないもの) は助成対象となりません。

特 定

下関市特定不妊治療費助成事業受診等証書

平成 年 月 日

下関市長 様

(薬局)
住所
名称
薬剤師名 印
電話番号

下記のとおり、処方せんに基づいて調剤した薬剤を交付し、医療保険適用外金額を領収したことを証明します。

記

(ふりがな) 受診者氏名	()		男・女
生年月日	年	月	日
処方せん 交付医療機関	医療機関名		
	所在地		
	医師名		
	交付年月日		
調剤内容	調剤年月日		
	薬剤名		
	投薬日数		
	領収金額	円	

- *) 治療をした日の属する年度(4月1日～3月31日まで)内の内容を記入してください。
- *) 処方せん交付医療機関欄及び調剤内容欄の記入に代え、調剤済印を押印した処方せんの写しを添付することも可とする。ただし、処方せんの写しに記載されていない項目は必ず記載すること。

様

下関市長

特定不妊治療費助成事業承認決定通知書(通算 回目)

平成 年 月 日付けで申請のありました特定不妊治療費の助成について、承認することとし、下記金額を助成することを決定しましたので通知いたします。

助成金額 金 円

〔 内訳 :
男性不妊治療分を除く特定不妊治療費 金 円
男性不妊治療費 金 円 〕

様

下関市長

特定不妊治療費助成事業不承認決定通知書

平成 年 月 日付けで申請のありました特定不妊治療費の助成について、不承認としましたので通知します。

不承認とした理由 _____ のため

下関市特定不妊治療費助成事業実施医療機関指定申請書

平成 年 月 日

下関市長 様

医療機関の名称
 " 所在地
 代表者氏名

下関市特定不妊治療費助成事業実施要綱に基づき、実施医療機関の指定を受けたいので申請します。

1 日本産科婦人科学会登録状況

登録の内容	登録年月日
体外受精・胚移植に関する登録	年 月 日
顕微授精に関する登録	年 月 日
ヒト胚および卵の凍結保存と移植に関する登録	年 月 日

2 医療従事者の状況

実施責任者の職・氏名	職 名		氏 名	
体外受精・顕微授精従事者	医 師	人（常勤	人・非常勤	人）
	助産師	人	看護師	人
	その他	人（職種		）
担当医師の職・氏名	職 名		氏 名	

3 その他

インフォームドコンセントの有無	有・無
倫理委員会の有無	有・無 *有の場合は、規定などを添付のこと

4 治療実績（平成 年 1月～12月）

内容	患者総数	妊娠数	出生児数
体外受精			
顕微授精			

※ 添付書類

- (1) 登録施設であることを証明できる書類
- (2) 実施責任者の履歴書
- (3) インフォームド・コンセントの様式
- (4) 体外受精・顕微授精の説明のための関連文書

別記第6号様式

特定不妊治療費助成事業台帳

受給者番号								
	申請者氏名			生 年 月 日				
夫				昭和・平成	年	月	日	(歳)
妻				昭和・平成	年	月	日	(歳)
住所(※1)	〒 電話 ()							
住所(※2)	〒 電話 ()							
備 考								

※1: 夫婦の住所を記入する。

※2: 夫婦の住所が異なる場合に記入する。

住所が異なるとは、単身赴任等で夫と妻が異なる住所を有する場合をいう。

(特定不妊治療)

申請 受理 年月日	申請 金額	(承認・不承認) 決定年月日	助成 金額	医療機関	診療期間		症例登録 番号の 有無	備考
					開始	終了		
(初回分)		(承認・不承認)						
		(承認・不承認)						
		(承認・不承認)						
		(承認・不承認)						
		(承認・不承認)						

(男性不妊治療)

申請 受理 年月日	申請 金額	(承認・不承認) 決定年月日	助成 金額	医療機関	診療期間		症例登録 番号の 有無	備考
					開始	終了		
		(承認・不承認)						
		(承認・不承認)						
		(承認・不承認)						