

福島市不育症検査費助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、現在、研究段階にある不育症検査のうち、保険適用を見据え先進医療として実施されるものを対象に、不育症検査に要する費用の一部を助成することにより、不育症の方の経済的な負担の軽減を図ることを目的とする。

(実施主体)

第2条 本事業の実施主体は、福島市とする。

(助成対象者)

第3条 助成対象者は、以下の要件を満たす者とする。

- (1) 二回以上の流産、死産の既往がある者であること。なお、ここでいう流産には、生化学的流産は含まない。
- (2) 申請日現在において、福島市の住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）第6条の規定による住民基本台帳に記載されている者であること。

(助成対象となる検査)

第4条 助成対象となる検査は、先進医療として告示されている不育症検査とし、その実施機関として承認されている保険医療機関で実施するものとする。なお、保険適用されている不育症に関する治療・検査を、保険診療として実施している医療機関で当該検査を実施した場合に限るものとする。

(実施医療機関)

第5条 対象となる検査の実施医療機関は以下の要件を満たすものとする。

- (1) 当該患者に対して、保険適用とされている不育症に関する治療・検査を、保険診療として実施している医療機関であること。
- (2) 不育症に係る先進医療を実施する保険医療機関として届出を行っている又は承認されている医療機関であること。

(実施方法)

第6条 福島市が、第3条に定める対象者が第4条に定める検査の受検に要した費用の一部を助成することにより行うものとする。

(助成額)

第7条 助成額は、一回の検査につき5万円を上限とする。

(助成の申請)

第8条 助成を受けようとする者は、原則として、検査が終了した日の属する年度内に、「福島市不育症検査費助成事業申請書」（様式第1号）に次に掲げる書類を添付し、市長に申請を行うこととする。なお、様式第1号の記載内容を訂正する場合は、申請者の本人確認をしたうえで、訂正事項の上に二重線を引き、申請者の印を押印し、その右側又は上部に正しい事項を記載する。申請者の本人確認については、窓口で行うものとし、マイナンバーカードや運転免許証、パスポート等官公庁が発行する写真付きの身分証明書の場合は1点での確認、健康保険者証や年金手帳等の場合は2点での確認とする。

- (1) 福島市不育症検査費助成事業受検等証明書（様式第2号）
 - (2) 医療機関が発行する不育症検査費の領収書（領収印が押印されているもの）及び(1)の額を確認できる明細書等
 - (3) 不育症検査結果個票（流産検体を用いた染色体検査）（様式第3号）
 - (4) 住民票等申請者の住所を確認できる書類
 - (5) その他市長が必要と認める書類
- 2 市長は、以前申請時に提出したものと同一場合等、必要がないと認めるときは、前項の関係書類の一部を省略させることができる。

（助成の決定）

第9条 当該年度分の助成対象の可否については、申請が行われた日を基準とする。

- 2 市長は、前条の規定による申請書を受理したときは、速やかに内容を審査し、助成の可否を決定する。なお、申請内容の記載事項について不明な点があるときは、申請者又は様式第2号、様式第3号を記載した医師から、適宜意見等を聴取するものとする。
- 3 市長は、審査の結果、不育症の検査費用の助成を行うことを決定したときは、「福島市不育症検査費用助成事業承認決定通知書」により申請者に通知する。
- 4 市長は、審査の結果、助成しないことを決定したときは、「福島市不育症検査費用助成事業不承認決定通知書」により申請者に通知する。

（助成金の支払）

第10条 市長は、助成を決定したときは、速やかに対象者へ助成金を支払うものとする。

（助成金の返還）

第11条 市長は、本要綱に違反した場合、その他不正の行為によって助成金の給付を受けた者については、助成金の全部または一部を返還させることができる。

（助成台帳の整備）

第12条 市長は、助成の状況を明確にするため、「福島市不育症検査費助成事業台帳」を備え付け、助成の状況を明らかにするものとする。

（広報活動・ネットワークの構築等）

第13条 本事業の実施に当たっては、不育症検査・治療に携わる保健医療関係者等に対し、

本事業の趣旨を周知徹底するほか、積極的な協力を求めて効率的な運営を図る。

- 2 助成を受けようとする者が事前に本事業の趣旨、助成の条件等の情報を得られるよう、制度の周知、相談窓口の設置などに努めるものとする。
- 3 本事業は、必要に応じて不妊専門相談事業及びその他の相談機関との連携を図るなど、カウンセリング体制の充実・強化に努めるものとする。

(実績・成果の把握)

第 14 条 市長は、助成を受けようとする者に対し、個票により、検査結果等を国が収集し、当該検査の保険適用に向けた検討等に活用する可能性があることをあらかじめ説明するものとする。

- 2 市長は、申請者から提出のあった個票を別に定める期日までに「不育症検査結果個票（流産検体を用いた染色体検査）総括表」（様式第 7 号）により厚生労働省に提出するものとする。

(その他)

第 15 条

申請等事務手続に当たっては、助成を受けようとする者の心理及びプライバシーに十分配慮するものとする。

- 2 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に市長が定めるところによる。

附 則

この要綱は、令和 3 年 6 月 1 4 日から施行し、令和 3 年 4 月 1 日より適用する。

(様式第1号)

福島市不育症検査費助成申請書

福島市長

申請日 令和 年 月 日

関係書類を添えて、下記のとおり不育症検査費の助成を申請します。

不育症検査の実施に関して医療機関に照会することに同意します。

記

助成対象者	申請者（口座名義人）											
(ふりがな) 氏名	()											
生年月日	昭和・平成			年	月	日	(歳)					
現住所	〒											
連絡先	-											
過去における申請の有無 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有												
申請者氏名	(自署)											
振込先 (申請者同一)	金融機関名					金庫	店番号			店		<input type="checkbox"/> 普通
						農協				支店		<input type="checkbox"/> 当座
						銀行				出張所		
	口座番号 (左詰記入)							口座名義人 (カタカナで記入)				

(注)・申請日は、窓口で申請、受付した日となります。記入日ではありませんのでご注意ください。
・太枠の中を記入してください。

(添付書類)裏面確認

申請受付印

様式第3号により、検査結果を国が収集し、当該検査の保険適用に向けた検討等に活用する可能性がありますのでご了承ください。また、助成の適正を判断するため、受診等証明書に不明な点がある場合は、医療機関に照会することがあります。

※福島市記入欄

窓口担当者記入欄	本人確認手段(該当に○)	マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・健康保険証・年金手帳・その他 ()											
入力事務記入欄	受給者番号											助成金額	円 円
	決定年月日	令和 年 月 日			承認 ・ 不承認								

(R3.4.1 制定)

(裏)

✓	書類名	様式・注意点等
	① 福島市不育症検査費助成申請書 【様式第1号】	
	② 福島市不育症検査費助成事業受診等証明書 【様式第2号】	
	③ 不育症検査結果個票【様式第3号】	
	④ ②の額を確認できる領収書と明細書 (指定医療機関の発行したもの・原本)	
	⑤ 申請者の住民票 (発行から3か月以内のもの・原本)	<ul style="list-style-type: none">福島市民以外は提出すること。前住所地、筆頭者、続柄の記載を省略しないこと。
	⑥ 振込口座通帳のコピー	<ul style="list-style-type: none">口座情報(金融機関名、支店名、口座番号、口座名義(カナ))が分かる部分
	⑥ 申請者の本人確認ができるもの (原本)	<ul style="list-style-type: none">1点で良いもの(官公庁が発行する写真付きの身分証明書) …運転免許証、パスポート等2点必要なもの(写真がついていないもの) …健康保険者証、年金手帳等
	⑦ 認印 (スタンプ印不可)	<ul style="list-style-type: none">申請時に持参すること。申請書の記載内容を訂正する場合、訂正印として押印いただきます。

(様式第2号)

福島市不育症検査費助成事業受検等証明書

下記の方については、先進医療として告示された不育症検査を実施し、これに係る医療費を
-下記の通り徴収したことを証明します。

年 月 日

福島市長

指定医療機関の名称

指定医療機関の所在地

主治医氏名

印

- 当医療機関は、保険適用となっている不育症に関する治療・検査について、保険診療で実施しております。

指定医療機関記入欄 (主治医が記入すること)

(ふりがな) 受検者氏名	()
受検者生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳)
実施した検査	
検査実施日	令和 年 月 日
領収金額	[今回の検査にかかった金額合計 ※先進医療部分に限る] 領収金額 _____ 円

様式第3号

不育症検査結果個票（流産検体を用いた染色体検査）

受検者氏名： _____ 実施医療機関名： _____

※ 国への報告時は秘匿 ※ 国への報告時は秘匿

領収金額： _____ 円 ※ 医療機関が受検者から検査費用として領収した額

- 流産絨毛染色体分析結果
 - 所見なし（46, XX 46, XY）
 - 所見あり（内容： _____）
 - 分析不可（増殖不良などの理由で分析に至らなかった場合など）
- 母親年齢（ ____ 歳） 父親年齢（ ____ 歳）
- 既往妊娠回数
妊娠 ____ 回（今回を含む）
〔 生産 ____ 回、生化学的妊娠（化学流産） ____ 回、
流産（生化学的妊娠を含まない） ____ 回、異所性妊娠（子宮外妊娠） ____ 回 〕
- 不妊治療の有無（有・無・不明）、有りの場合不妊期間（ ____ 年 ____ ヶ月）
- 抗リン脂質抗体症候群の有無（有・無・不明）
◇ 今回の妊娠での治療
 - 治療なし
 - 低用量アスピリン療法
 - 低用量アスピリン及びヘパリン療法
 - その他の治療（内容： _____）
- 子宮形態異常（子宮奇形）の有無（有・無・不明）
◇ 有の場合
 - 子宮鏡下中隔切除術施行
 - その他の治療（内容： _____）
 - 治療なし
- 甲状腺機能異常の有無（有・無・不明）
◇ 有の場合
 - 治療あり（内容： _____）
 - 治療なし
- 血栓性素因の有無（有・無・不明）
◇ 有りの場合
 - ProteinS 欠乏症
 - ProteinC 欠乏症
 - 第XII因子欠乏症
◇ 今回の妊娠での治療について
 - 治療なし
 - 低用量アスピリン療法
 - 低用量アスピリン及びヘパリン療法
 - その他の治療（内容： _____）

※ 本個票は、受検者氏名、実施医療機関名を秘匿とした上で、国に報告され、当該検査の保険適用に向けた検討等に活用される可能性があります。

【自治体記入欄】 都道府県等名： _____ 報告No： _____

