

大津市先進医療に係る不育症検査費用助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、先進医療に位置付けられた不育症検査のうち将来的な保険適用を見据え実施されるものを受けた者に対し、予算の範囲内において当該不育症検査に要した費用の一部を助成することにより、その経済的負担を軽減し、もって福祉の増進を図ることを目的とする。

(助成対象となる不育症検査)

第2条 この要綱による助成金（以下「助成金」という。）の交付の対象となる不育症検査は、厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準（平成20年厚生労働省告示第129号）第1第1号の先進医療に該当する検査のうち流死産検体を用いた遺伝子検査（次世代シーケンサーを用いた流死産絨毛・胎児組織染色体検査に限る。）であって、当該検査の実施機関として届出又は承認されている保険医療機関で実施するものとする。ただし、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。

(助成対象となる費用)

第3条 助成金の交付の対象となる費用は、前条に定める不育症検査（以下単に「不育症検査」という。）に要した費用とする。ただし、次に掲げる費用を除く。

- (1) 入院時の差額ベット代、食事代、文書料その他直接不育症検査に関係ない費用
- (2) 他の自治体において助成の対象となった不育症検査に係る費用

(助成対象者)

第4条 助成金の交付の対象となる者は、次の要件を満たす者とする。

- (1) 2回以上の流死産（生化学的流産を除く。）の既往がある者であること。
- (2) 申請日において、本市に住民登録を有している者であること。

(助成金の額)

第5条 助成金の額は、不育症検査に要した費用の額に100分の70を乗じて得た額（1,000円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てた額）とする。ただし、1回の不育症検査につき60,000円を上限とする。

(助成の申請及び決定)

第6条 助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、大津市先進医療に係る不育症検査費用助成金交付申請書（様式第1号）に次に掲げる書類を添付して市長に申請しなければならない。

- (1) 大津市先進医療に係る不育症検査費用助成対象検査受検証明書（様式第2号）
- (2) 医療機関が発行する検査費用に係る領収書及び明細書
- (3) その他市長が必要と認める書類

2 前項の規定による申請は、原則として、不育症検査が終了した日の属する年度内に行わなければならない。ただし、当該終了した日が3月1日から同月31日までの日であ

る場合には、翌年度の4月30日（その日が日曜日、土曜日又は国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）に規定する休日に当たるときは、これらの日の翌日）までに行わなければならない。

3 市長は、第1項の規定による申請があったときは、速やかにこれを審査し、助成の可否を決定するものとし、助成金を交付することを決定したときは、大津市先進医療に係る不育症検査費用助成金交付決定通知書（様式第3号）により申請者に通知するものとする。

4 市長は、助成金の交付をしないことを決定したときは、大津市先進医療に係る不育症検査費用助成金交付申請棄却（却下）決定通知書（様式第4号）により申請者に通知するものとする。

（助成金の返還）

第7条 市長は、虚偽その他不正な手段により助成金の交付を受けた者に対して、助成金の全部又は一部の返還を命ずることができる。

（検査結果の活用）

第8条 申請者は、検査結果等を個人が特定されない形式に加工した上で本市が国に提出し、施策の検討に活用するため当該検査結果等に係る集約、分析等を国が行うことについて、あらかじめ同意するものとする。

（台帳の整備）

第9条 市長は、助成金の交付状況を明らかにするため、大津市不育症検査費用助成事業台帳（様式第5号）を備え、適切に管理しなければならない。

（留意事項）

第10条 この要綱による助成の実施に当たっては、申請者の心理及びプライバシーの保護について、十分留意しなければならない。

（その他）

第11条 この要綱に定めるもののほか、本事業の実施に必要な事項は、その都度市長が定める。

附 則

1 この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

2 この要綱は、国の母子保健医療対策総合支援事業補助金（中核市が行う不育症検査費用助成事業に係るものに限る。）の交付措置が終了するに至ったときは、廃止するものとする。

附 則

この要綱は、令和5年3月24日から施行し、令和4年12月1日以後に実施された不育症検査に係る助成金から適用する。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

様式第1号(第6条関係)

大津市先進医療に係る不育症検査費用助成金交付申請書

「不育症検査費用助成検査受検証明書」に記載の検査結果等について、個人が特定されない形式に加工した上で本市が国に提出し、施策の検討に活用するため当該検査結果等に係る集約、分析等を国が行うことについて同意するとともに、大津市先進医療に係る不育症検査費用助成事業実施要綱第6条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請します。

	(ふ り が な) 氏 名		生 年 月 日
申請者 (検査受検者)	()		年 月 日(歳)
	印		
住所	〒	電話	- -
備考	日中の連絡先(携帯電話)		
申請額	金 _____ 円		
	年 月 日	(宛先) 大津市長	
金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所 代理店
預金種別	普通 当座	(ふ り が な)	()
		口座名義人(申請者と同一)	
口座番号			

注) 太枠内及び下記署名欄に御記入ください。

私は、大津市先進医療に係る不育症検査費用助成金の交付を受けるに当たり、次のことについて同意します。

(1) 大津市が住民基本台帳に関する公募を閲覧し、調査すること。

(2) 必要な場合には、受検した医療機関及び他の自治体からの照会・問合せに回答すること。

氏名 _____ (自署)

受給者番号						
-------	--	--	--	--	--	--

(受給者番号欄は、医療機関での記入は不要です。)

大津市先進医療に係る不育症検査費用助成対象検査受検証明書

下記の者に対して大津市先進医療に係る不育症検査費用助成事業実施要綱の対象となる検査(流死産の既往にある者に対して先進医療として行う不育症検査をいう。)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。

年 月 日

指定医療機関の名称

指定医療機関の所在地

主治医

医療機関記入欄(主治医が記入すること。)

以下の点を確認の上、□にチェックを入れてください。(※ 確認がない場合は助成を受けられません。)

- 当医療機関は、医療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います。(該当する事項を確認の上、□にレを入れてください。)

	(ふりがな) 氏名	生年月日
受検者	()	年 月 日(歳)
既往流死産回数	回 ※ 今回の流死産を含む(助成金の対象者となるのは2回以上の場合に限る。)	
今回の妊娠における不妊治療の有無	有り(治療期間 年 か月) ・ 無し ・ 不明	
今回の妊娠における不育症治療の有無	有り(治療内容:) ・ 無し	
実施した先進医療の検査		
検査実施日	年 月 日	
検査結果	所見なし(46,XX 46,XY) ・ 所見有り(内容:) ・ 分析不可	
領収金額	(今回の検査に係る費用の額合計 ※ 先進医療部分に限る。) 検査費用 領収金額 円	

様式第3号（第6条関係）

〒

大 第 号
年 月 日

様

大津市長

印

大津市先進医療に係る不育症検査費用助成金交付決定通知書

年 月 日付で申請のあった大津市先進医療に係る不育症検査費用助成金の交付について、次のとおり決定したので、大津市先進医療に係る不育症検査費用助成事業実施要綱第6条第3項の規定により通知します。

記

助成金額 金 円

※助成金は、この通知から約1か月後に申請いただいた口座に振り込まれる予定です。

様式第4号（第6条関係）

〒

大 第 号
年 月 日

様

大津市長

印

大津市先進医療に係る不育症検査費用助成金交付申請棄却（却下）決定通知書

年 月 日付けで申請のあった大津市先進医療に係る不育症検査費用助成金の交付について、次の理由により交付しないことを決定したので、大津市先進医療に係る不育症検査費用助成事業実施要綱第6条第4項の規定により通知します。

不交付の理由

様式第5号(第9条関係)

大津市不育症検査費用助成事業合帳

[年度] 年度

受付番号	申請書受理年月日	金沢市役所		生年月日	住所	電話番号	助成決定日	承認-不承認	領収書額	申請額	医療機関名	検査日	備考
		金沢市役所	申請書受理										
1				年 月 日		- -	年 月 日					年 月 日	
2				年 月 日		- -	年 月 日					年 月 日	
3				年 月 日		- -	年 月 日					年 月 日	
4				年 月 日		- -	年 月 日					年 月 日	
5				年 月 日		- -	年 月 日					年 月 日	
				年 月 日		- -	年 月 日					年 月 日	
				年 月 日		- -	年 月 日					年 月 日	