

## 鹿児島県先進医療不妊治療費助成事業実施要綱

### (目的)

第1条 不妊治療における生殖補助医療について、保険適用外となる治療のうち、保険診療と併用可能な「先進医療」に要する費用の一部を助成することにより、不妊治療を受ける夫婦の経済的負担の軽減を図り、安心して子どもを産み育てることができる環境づくりを推進する。

### (実施主体)

第2条 この事業の実施主体は、鹿児島県とする。

### (助成対象者)

第3条 この事業の助成対象者は、次に掲げるすべての要件を満たす夫婦（事実婚の夫婦を含む。）の一方とする。

- (1) 保険適用による生殖補助医療と先進医療（第4条に定める厚生労働大臣が告示している不妊治療関連の技術）を併用して受けた者であること。
- (2) 助成の申請時において、夫若しくは妻のどちらか一方又は両方が鹿児島県（鹿児島市を除く。）に居住していること。
- (3) 生殖補助医療の治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満であること。

### (助成対象治療等)

第4条 保険適用による生殖補助医療と併用可能な先進医療として厚生労働大臣が告示している不妊治療関連の技術（先進医療実施機関として厚生労働大臣へ届出又は承認されている医療機関で実施されたものに限る。）とする。

### (助成額及び助成回数)

第5条 1回の治療周期における助成額は、第4条に定める治療の受診に要した費用に10分の7を乗じて得た額（1円未満の端数切捨て）とし、その上限を10万円とする。

なお、以下に掲げる費用は助成の対象としない。

- (1) 食事代、文書料、差額ベッド代等治療に直接関係のない費用
  - (2) 他の地方公共団体（県内市町村を除く。）の助成制度等で助成されていた第4条に定める治療の費用
- 2 助成は、保険適用による生殖補助医療と併用可能な先進医療を用いた一連の治療につき1回とし、保険が適用される回数までとする。一連の治療とは、「採卵」又は凍結胚移植のための「胚の解凍」から「妊娠確認」等に至るまでの生殖補助医療の実施の過程をいう。ただし、医師の判断等に基づき、治療計画を中止した場合等は助成の対象とする。

(助成の申請及び決定)

第6条 助成の申請及び決定は次のとおりとする。

(1) 助成の申請

ア この要綱に基づき先進医療不妊治療費の助成を受けようとする者は、治療が終了した日の属する年度末又は治療が終了した日から30日経過した日のいずれか遅い日までに、鹿児島県先進医療不妊治療費助成事業申請書(別記第1号様式)を、住所地を管轄する保健所において知事に申請するものとする。

ただし、令和4年度中に先進医療を開始し治療が終了した者については、令和6年3月31日までに申請ができるものとする。

イ 申請には、先進医療不妊治療費助成事業受診等証明書(別記第2号様式)のほか申請書様式に定める必要な関係書類を添付すること。

なお、必要書類については、以前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。

(2) 助成の決定

ア 当該年度分の事業対象か否かについては、申請が行われた日を基準とする。

イ 知事は、第6条の規定により申請書の提出があった場合は、当該申請書の内容を審査し、申請者に対し、適当と認めるときは先進医療不妊治療費助成事業承認決定通知書(別記第3号様式)により、また不適当と認めるときは先進医療不妊治療助成事業不承認決定通知書(別記第4号様式)により通知する。

ウ 保健所長は、前号の規定により助成が承認された申請者を先進医療不妊治療費助成事業個人台帳(別記第5号様式)に登載し、当該月の先進医療不妊治療費助成事業個人台帳の写し及び当該月末の先進医療不妊治療助成交付台帳(別記第6号様式)の写しを翌月10日までに県子育て支援課長に送付するものとする。

(助成金の給付)

第7条 保健所長は、第6条第2号イの規定により助成が承認された申請者に対し、決定された助成金を口座振込みの方法により遅滞なく支払うものとする。

(助成金の返還)

第8条 知事は、この要綱の規定に違反し、又はその他不正の行為によって助成金の給付を受けた者に対し、助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(その他)

第9条 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知事が定

める。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行し、令和4年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和5年6月16日から施行し、令和4年4月1日から適用する。

鹿児島県先進医療不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

鹿児島県先進医療不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定により、鹿児島県が申請内容の確認のため医療機関等へ照会することに同意の上、関係書類を添えて下記のとおり先進医療不妊治療費の助成を申請します。

|         |  |                          |          |                                |
|---------|--|--------------------------|----------|--------------------------------|
| 申請者     | フリガナ氏名   |                          | 生年月日及び年齢 | 年 月 日 ( 歳 )<br>※受診等証明書の治療開始日年齢 |
|         | 住所   | 〒 - 電話                   |          |                                |
| 配偶者     | フリガナ氏名   |                          | 生年月日及び年齢 | 年 月 日 ( 歳 )<br>※受診等証明書の治療開始日年齢 |
|         | 住所   | 〒 - 電話                   |          |                                |
| 申請金額    | 金 円 (上限10万円)<br>※費用に7/10を乗じた額 (1円未満の端数切捨)  |                          |          |                                |
| 助成実績等   | 他の自治体で先進医療不妊治療費を含む助成を受けられましたか。<br><input type="checkbox"/> 有 (自治体名: , 回数: )<br><input type="checkbox"/> 無<br>※ 助成を受けた自治体に助成内容を確認する場合がありますので、ご承知おきください。 |                          |          |                                |
| 振込口座申出欄 | 金融機関名  | 銀行 本店<br>農協 支店<br>金庫 出張所 |          |                                |
|         | 預金種別   | 普通・当座                    | 口座番号     |                                |
|         | フリガナ口座名義人  | ※申請者名義の口座に限ります           |          |                                |

(添付書類)

- 1 先進医療不妊治療費助成事業受診等証明書 (第2号様式)
- 2 医療機関の発行した先進医療不妊治療費に係る領収書 (原本)
- 3 医療機関の発行した診療明細書 (領収書に治療名の記載のない場合等に必要となります。)
- 4 他の自治体で不妊治療に係る先進医療不妊治療費を含む助成を受けられたことがある場合、助成金額及び内訳がわかる書類
- 5 住所を確認することができる書類 (夫婦の住民票)  
※ 子どもがいる夫婦については、必ず子どもが記載されている住民票を添付してください。
- 6 振込口座を確認できる書類 (通帳の写し等)

(保健所使用欄)

|         |       |       |                       |
|---------|-------|-------|-----------------------|
| 申請受理年月日 | 年 月 日 | 決定年月日 | ( 承認 ・ 不承認 )<br>年 月 日 |
| 受給者番号   |       | -     |                       |

**【申請期限に係る注意事項】**

- ① 助成申請は、生殖補助医療が終了した後に速やかに行ってください。  
原則、生殖補助医療が終了した日の属する年度末 (3/31) が申請期限です。
- ② 治療が3月に終了し、年度末までに申請が間に合わない場合に限り、4/30まで (郵送の場合は消印日を申請日として取り扱います) に申請を行ってください。  
4/30が閉庁日 (土日祝日等) の場合は、直前の閉庁日が申請期限となります。

第2号様式

|              |  |  |  |  |   |  |  |  |
|--------------|--|--|--|--|---|--|--|--|
| 受給者番号(保健所記入) |  |  |  |  | - |  |  |  |
|--------------|--|--|--|--|---|--|--|--|

先進医療不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、生殖補助医療（体外受精及び顕微授精）以外の治療方法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少なく、診断や治療等の結果、先進医療を実施する必要があると思われるため、保険適用による生殖補助医療と併用して先進医療を実施し、それらに係る医療費を以下のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

主治医記入欄 ※ 該当することを確認の上、□に✓を入れてください。

- 当医療機関は、不妊治療関連の先進医療を実施する保険医療機関として登録されています。
- 今回の先進医療による治療は、保険適用による生殖補助医療と併用して実施しました。

|  |   |  |           |            |
|--|---|--|-----------|------------|
| (ふりがな)   |   |  |           |            |
| 受診者氏名  | 夫   |  | 妻         |            |
| 受診者生年月日  |   | 年 月 日 ( 歳)                                   |           | 年 月 日 ( 歳) |
| 保険診療の回数  | 第 子 / 回目  | 婚姻関係   | 法律婚 ・ 事実婚 |            |
| 今回の治療方法  | <input type="checkbox"/> 1 採卵から妊娠確認<br><input type="checkbox"/> 2 凍結胚移植から妊娠確認<br><input type="checkbox"/> 3 妊娠確認前に医師の判断で治療計画を中止 |  |           |            |
| 今回の治療期間※1                                      | 年 月 日 ~ 年 月 日   |  |           |            |
| 実施した先進医療※2                                     |   |  |           |            |
| <input type="checkbox"/> PIGSI                 | 年 月 日   | <input type="checkbox"/> IMSI                | 年 月 日     |            |
| <input type="checkbox"/> タイムラプス                | 年 月 日   | <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法             | 年 月 日     |            |
| <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 (EMMA/ALICE) | 年 月 日   | <input type="checkbox"/> マイクロ流体技術を用いた精子選別    | 年 月 日     |            |
| <input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査             | 年 月 日   | <input type="checkbox"/> 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法 | 年 月 日     |            |
| <input type="checkbox"/> SEET法                 | 年 月 日   | <input type="checkbox"/>                     | 年 月 日     |            |
| <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 (ERA)       | 年 月 日   | <input type="checkbox"/>                     | 年 月 日     |            |
| <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容期検査 (ERPeak)    | 年 月 日   | <input type="checkbox"/>                     | 年 月 日     |            |
| <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ             | 年 月 日   | <input type="checkbox"/>                     | 年 月 日     |            |
| 領収金額   | 今回の生殖補助医療にかかった費用 (保険診療及び先進医療の合計額)   |  | 領収金額      | 円          |
|  | 先進医療（厚生労働大臣が告示している不妊治療関連の技術）にかかった費用   |  | 領収金額      | 円          |

※1 治療開始は、原則、治療計画を立てた日、治療終了は、原則、妊娠判定日又は投薬終了日治療を中止した場合は中止の日

※2 今回の治療期間に実施した先進医療の□に✓を入れ、実施日又は実施開始日を記入する。新たに先進医療として告示されたものは空白欄に名称を記入する。

第3号様式（第6条関係）

第 号  
年 月 日  
( 保健所扱い)

様

鹿児島県知事

印

先進医療不妊治療費助成事業承認決定通知書

年 月 日付けであなたから申請のあった先進医療不妊治療費の助成については、下記のとおり承認決定したので通知します。

記

- 1 受給者番号 

|  |  |  |  |  |   |  |  |
|--|--|--|--|--|---|--|--|
|  |  |  |  |  | - |  |  |
|--|--|--|--|--|---|--|--|
- 2 助成することとした額 金 \_\_\_\_\_ 円
- 3 助成対象年度 \_\_\_\_\_ 年度

※決定された助成金は、指定された口座に振り込まれます。

この決定通知に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、鹿児島県知事に対して異議申し立てをすることができます。

第4号様式（第6条関係）

第 号  
年 月 日  
（ 保健所扱い）

様

鹿児島県知事



先進医療不妊治療費助成事業不承認決定通知書

年 月 日付けであなたから申請のあった先進医療不妊治療費の助成については、助成不承認を決定したので通知します。

不承認とした理由

この決定通知に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、鹿児島県知事に対して異議申し立てをすることができます。





先進医療不妊治療費助成金交付台帳〔 年 月末〕

|  | 受給者番号 | 第○子  | 回数 | 申請者氏名 | 住 所 | 助成額<br>(円) | 交付年月日 | 先進医療の名称 | 治療実施<br>医療機関 |
|--|-------|------|----|-------|-----|------------|-------|---------|--------------|
|  | 承認年月日 |      |    | 生年月日  |     |            | 治療方法  |         |              |
|  |       |      |    |       |     |            |       |         |              |
|  |       |      |    |       |     |            |       |         |              |
|  |       |      |    |       |     |            |       |         |              |
|  |       |      |    |       |     |            |       |         |              |
|  |       |      |    |       |     |            |       |         |              |
|  |       |      |    |       |     |            |       |         |              |
|  |       |      |    |       |     |            |       |         |              |
|  |       |      |    |       |     |            |       |         |              |
|  |       |      |    |       |     |            |       |         |              |
|  |       |      |    |       |     |            |       |         |              |
|  |       |      |    |       |     |            |       |         |              |
|  |       |      |    |       |     |            |       |         |              |
|  |       |      |    |       |     |            |       |         |              |
|  |       |      |    |       |     |            |       |         |              |
|  |       |      |    |       |     |            |       |         |              |
|  | 月計    | (件数) |    |       |     | (助成額)      |       |         |              |
|  |       |      |    |       |     |            |       |         |              |
|  | 累計    | (件数) |    |       |     | (助成額)      |       |         |              |
|  |       |      |    |       |     |            |       |         |              |

- \* 承認年月日を基準に月締めを行うこと。
- \* 第○子欄は、先進医療不妊治療費助成事業受診等証明書(以下、「証明書」という。)中の数字を記入すること。  
(第1子・・・1, 第3子・・・3, 等)
- \* 回数欄は、証明書中の回数を記入すること。(1回目・・・1, 2回目・・・2, 等)
- \* 治療方法欄は、証明書中の1～3のうち、□に✓が付いている番号を記入すること。
- \* 先進治療の名称欄は、証明書中の治療内容を記入すること。



| 改  | 正 | 後 |
|--|---|---|
| <p>(助成対象者)</p> <p>第3条 この事業の助成対象者は、次に掲げるすべての要件を満たす夫婦(事実婚の夫婦を含む。)の一方とする。</p> <p>(1) 保険適用による生殖補助医療と先進医療(第4条に定める厚生労働大臣が告示している不妊治療関連の技術)を併用して受けた者であること。</p> <p>(2) 助成の申請時において、夫若しくは妻のどちらか一方又は両方が鹿児島県(鹿児島市を除く。)に居住していること。</p> <p>(3) 生殖補助医療の治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満であること。</p> <p>(助成対象治療等)</p> <p>第4条 保険適用による生殖補助医療と併用可能な先進医療として厚生労働大臣が告示している不妊治療関連の技術(先進医療実施機関として厚生労働大臣へ届出又は承認されている医療機関で実施されたものに限る。)とする。</p> <p>(助成額及び助成回数)</p> <p>第5条 1回の治療期間における助成額は、第4条に定める治療の受診に要した費用に10分の7を乗じて得た額(1円未満の端数切り捨て)とし、その上限を10万円とする。</p> <p>なお、以下に掲げる費用は助成の対象としない。</p> <p>(1) 食事代、文書料、差額ベッド代等治療に直接関係のない費用</p> <p>(2) 他の地方公共団体(黒川市を除く。)の助成制度等で助成されていた第4条に定める治療の費用</p> |   |   |

| 改  | 正 | 前 | 備考<br>(改正の理由、留意事項、規定ぶりの参考、施行期日等を必ず記載する。)                             |
|--|---|---|--|
| <p>(助成対象者)</p> <p>第3条 この事業の助成対象者は、次に掲げるすべての要件を満たす夫婦(事実婚の夫婦を含む。)の一方とする。</p> <p>(1) 保険適用による生殖補助医療と先進医療(第4条に定める厚生労働大臣が告示している不妊治療関連の技術)を併用して受けた者であること。</p> <p>(2) 助成の申請時において、夫若しくは妻のどちらか一方又は両方が鹿児島県(鹿児島市を除く。)に居住していること。</p> <p>(3) 生殖補助医療の治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満であること。</p> <p>(助成対象治療等)</p> <p>第4条 保険適用による生殖補助医療と併用可能な先進医療として厚生労働大臣が告示している不妊治療関連の技術(先進医療実施機関として厚生労働大臣へ届出又は承認されている医療機関で実施されたものに限る。)とする。</p> <p>(助成額及び助成回数)</p> <p>第5条 1回の治療期間における助成額は、第4条に定める治療の受診に要した費用に10分の7を乗じて得た額(1円未満の端数切り捨て)とし、その上限を10万円とする。</p> <p>なお、以下に掲げる費用は助成の対象としない。</p> <p>(1) 食事代、文書料、差額ベッド代等治療に直接関係のない費用</p> <p>(2) 他の地方公共団体(黒川市を除く。)の助成制度等で助成されていた第4条に定める治療の費用</p> |   |   | <p>字句修正</p> <p>字句修正</p> <p>字句修正</p> <p>字句修正</p> <p>正確な表現とするための修正</p> |

| 改 正 後  |  |
|--|--|
| <p>(助成の申請及び決定)<br/>第6条 助成の申請及び決定は次のとおりとする。</p> <p>(1) 助成の申請</p> <p>ア この要綱に基づき先進医療不妊治療費の助成を受けようとする者は、治療が終了した日の属する年度末又は治療が終了した日から30日経過した日のいずれか遅い日までに、鹿児島県先進医療不妊治療費助成事業申請書(別記第1号様式)を、住所地を管轄する保健所において知事に申請するものとする。</p> <p>ただし、令和4年度中に先進医療を開始し治療が終了した者については、令和6年3月31日までに申請ができるものとする。</p> <p>イ 申請には、先進医療不妊治療費助成事業受診等証明書(別記第2号様式)のほか申請書様式に定める必要な関係書類を添付すること。なお、必要書類については、以前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。</p> <p>(2) 助成の決定</p> <p>ア 当該年度分の事業対象が否かについては、申請が行われた日を基準とする。</p> <p>イ 知事は、第6条の規定により申請書の提出があった場合は、当該申請書の内容を審査し、申請者に対し、適当と認められたときは先進医療不妊治療費助成事業承認決定通知書(別記第3号様式)により、また不適当と認められたときは先進医療不妊治療費助成事業不承認決定通知書(別記第4号様式)により通知する。</p> <p>ウ 保健所長は、前号の規定により助成が承認された申請者を先進医療不妊治療費助成事業個人台帳(別記第5号様式)に登載し、当該月の先進医療不妊治療費助成事業個人台帳の写し及び当該月末の先進医療不妊治療費助成交付台帳(別記第6号様式)の写しを翌月10日までに県子育て支援課長に送付するものとする。</p> <p>附 則<br/>この要綱は、令和5年4月1日から施行し、令和4年4月1日から適用する。</p> <p>附 則<br/>この要綱は、令和5年6月16日から施行し、令和4年4月1日から適用する。</p> |  |

| 改 正 前  | 備 考                     |
|--|-------------------------|
| <p>(助成の申請及び決定)<br/>第6条 助成の申請及び決定は次のとおりとする。</p> <p>(1) 助成の申請</p> <p>ア この要綱に基づき先進医療不妊治療費の助成を受けようとする者は、治療が終了した日の属する年度末又は治療が終了した日から30日経過した日のいずれか遅い日までに、鹿児島県先進医療不妊治療費助成事業申請書(別記第1号様式)を、住所地を管轄する保健所において知事に申請するものとする。</p> <p>ただし、令和4年度中に先進医療を開始し治療が終了した者については、令和6年3月31日までに申請ができるものとする。</p> <p>イ 申請には、先進医療不妊治療費助成事業受診等証明書(別記第2号様式)のほか申請書様式に定める必要な関係書類を添付すること。なお、必要書類については、以前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。</p> <p>(2) 助成の決定</p> <p>ア 当該年度分の事業対象が否かについては、申請が行われた日を基準とする。</p> <p>イ 知事は、第6条の規定により申請書の提出があった場合は、当該申請書の内容を審査し、申請者に対し、適当と認められたときは先進医療不妊治療費助成事業承認決定通知書(別記第3号様式)により、また不適当と認められたときは先進医療不妊治療費助成事業不承認決定通知書(別記第4号様式)により通知する。</p> <p>ウ 保健所長は、前号の規定により助成が承認された申請者を先進医療不妊治療費助成事業個人台帳(別記第5号様式)に登載し、当該月の先進医療不妊治療費助成事業個人台帳の写し及び当該月末の先進医療不妊治療費助成交付台帳(別記第6号様式)の写しを翌月10日までに県子育て支援課長に送付するものとする。</p> <p>附 則<br/>この要綱は、令和5年4月1日から施行し、令和4年4月1日から適用する。</p> | <p>字句修正</p> <p>施行期日</p> |