

鹿児島県不育症検査費用助成事業実施要綱 新旧対照表

改 正 後	改 正 前	備 考										
※ 第 1 ～10 条は改正なし 附 則 この要綱は、令和 3 年 10 月 6 日から施行し、令和 3 年 4 月 1 日以後に第 3 条に規定する不育症検査を受けた者に対する不育症検査費用助成金の給付について適用する。 附 則 この要綱は、令和 4 年 4 月 1 日から施行し、令和 4 年 4 月 1 日以後に第 6 条に規定する不育症検査費用助成金の給付の決定について適用する。 附 則 1 この要綱は、令和 5 年 3 月 28 日から施行し、令和 4 年 12 月 1 日から適用する。 2 施行後の要綱の規定は、令和 4 年 12 月 1 日から適用し、令和 4 年 3 月 31 日までに検査が終了した先進医療に位置付けられた不育症検査については、なお従前の例による。 附 則 1 この要綱は、令和 7 年 8 月 8 日から施行し、令和 7 年 6 月 1 日から適用する。 別表（第 3 条関係） <table><tr><th>対象となる検査</th><th>厚生労働大臣告示日</th></tr><tr><td>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）</td><td>令和 4 年 11 月 30 日 厚生労働省告示第 340 号</td></tr><tr><td>抗ネオセルフβ₂ グリコプロテイン I 複合体抗体検査</td><td>令和 7 年 5 月 30 日 厚生労働省告示第 167 号</td></tr></table>	対象となる検査	厚生労働大臣告示日	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）	令和 4 年 11 月 30 日 厚生労働省告示第 340 号	抗ネオセルフβ ₂ グリコプロテイン I 複合体抗体検査	令和 7 年 5 月 30 日 厚生労働省告示第 167 号	※ 第 1 ～10 条は改正なし 附 則 この要綱は、令和 3 年 10 月 6 日から施行し、令和 3 年 4 月 1 日以後に第 3 条に規定する不育症検査を受けた者に対する不育症検査費用助成金の給付について適用する。 附 則 この要綱は、令和 4 年 4 月 1 日から施行し、令和 4 年 4 月 1 日以後に第 6 条に規定する不育症検査費用助成金の給付の決定について適用する。 附 則 1 この要綱は、令和 5 年 3 月 28 日から施行し、令和 4 年 12 月 1 日から適用する。 2 施行後の要綱の規定は、令和 4 年 12 月 1 日から適用し、令和 4 年 3 月 31 日までに検査が終了した先進医療に位置付けられた不育症検査については、なお従前の例による。 別表（第 3 条関係） <table><tr><th>対象となる検査</th><th>厚生労働大臣告示日</th></tr><tr><td>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）</td><td>令和 4 年 11 月 30 日 厚生労働省告示第 340 号</td></tr></table>	対象となる検査	厚生労働大臣告示日	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）	令和 4 年 11 月 30 日 厚生労働省告示第 340 号	附則の追加 国の要綱改正に伴う改正 対象となる検査の追加
対象となる検査	厚生労働大臣告示日											
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）	令和 4 年 11 月 30 日 厚生労働省告示第 340 号											
抗ネオセルフβ ₂ グリコプロテイン I 複合体抗体検査	令和 7 年 5 月 30 日 厚生労働省告示第 167 号											
対象となる検査	厚生労働大臣告示日											
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）	令和 4 年 11 月 30 日 厚生労働省告示第 340 号											

鹿児島県不育症検査費用助成事業実施要綱

(目的)

第1条 先進医療に位置付けられた不育症検査を受ける者に対し不育症検査費用助成金（以下「助成金」という。）を給付することにより、安心して子どもを生み育てることのできる環境づくりを推進するとともに、不育症に悩む者の経済的負担の軽減を図ることを目的とする。

(助成対象者)

第2条 この事業の助成対象者は、第3条に規定する不育症検査を受けた次の各号のすべてに該当する者とする。

- (1) 鹿児島県内（鹿児島市を除く。）に住所を有する者。
- (2) 既往流死産回数が2回以上の者。ただし、流産については「生化学的流産」は含まないものとする。

(対象となる検査等)

第3条 この事業で対象とする不育症検査は、次の各号のすべてに該当するものとする。

- (1) 別表に定める流死産の既往歴のある者に対して先進医療として行われる厚生労働大臣が告示している検査
- (2) 同条第1項第1号に定める検査の実施機関として、地方厚生（支）局に届出又は承認がなされている保険医療機関であること。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保険医療機関が当該検査を実施した場合に限る。

(実施方法)

第4条 事業の実施は、第2条に定める対象者が第3条により実施した不育症検査に要した費用の一部を県が助成することにより行うものとする。

(助成の額)

第5条 第3条に規定する不育症検査に要した費用（食事代等検査に直接関係のない費用を除く。）に対して、1回の検査に係る費用の7割に相当する額（千円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。）。ただし、6万円を上限に助成する。

(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 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、鹿児島県不育症検査費用助成事業申請書（別記第1号様式）により、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。

イ 申請には、不育症検査費用助成事業検査受検証明書（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、適当と認めたときは不育症検査費用助成事業承認決定通知書（別記第3号様式）により、また不適当と認めたときは不育症検査費用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、助成に係る認定者を不育症検査費用助成事業個人台帳（別記第5号様式）に登載し、当該月の不育症検査費用助成事業個人台帳の写し及び当該月末の不育症検査費用助成金交付台帳（別記第6号様式）の写し及び不育症検査結果総括表（別記第7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。

（相談指導）

第9条 県保健所は、県民に対して広く不妊専門相談センター、指定医療機関その他不育症に関する情報提供を行うとともに、必要に応じて不育症に関する相談又は指導を行うものとする。

2 事業実施の関係者は、助成を受けようとする申請者が、安心して助成に関する相談が受けられるようプライバシーの保護に配慮するものとする。

（その他）

第10条 この要綱に定めるもののほか、不育症検査費用助成事業の推進に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3年10月6日から施行し、令和3年4月1日以後に第3条に規定する不育症検査を受けた者に対する不育症検査費用助成金の給付について適用する。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行し、令和4年4月1日以後に第6条に規定する不育症検査費用助成金の給付の決定について適用する。

附 則

- 1 この要綱は、令和5年3月28日から施行し、令和4年12月1日から適用する。
- 2 施行後の要綱の規定は、令和4年12月1日から適用し、令和4年3月31日までに検査が終了した先進医療に位置付けられた不育症検査については、なお従前の例による。

附 則

この要綱は、令和7年8月8日から施行し、令和7年6月1日から適用する。

別表（第3条関係）

対象となる検査	厚生労働大臣告示日
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）	令和4年11月30日 厚生労働省告示第340号
抗ネオセルフβ ₂ グリコプロテインⅠ複合体抗体検査	令和7年5月30日 厚生労働省告示第167号

別記

第1号様式（第6条関係）

鹿児島県不育症検査費用助成事業申請書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

鹿児島県不育症検査費用助成事業実施要綱第6条の規定により、「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で国に提出し、国がその情報を施策の検討に活用するため集約・分析等を行うことについて同意の上、関係書類を添えて下記のとおり不育症検査費用の助成を申請します。

申請者	フリガナ 氏 名	続柄（ ）※2		生年月日 及び年齢	年 月 日（ 歳） ※受検者と同じ場合は、受検証明書の年齢を記載 異なる場合は、申請者の申請時の年齢を記載
	住 所	〒 電話			
受検者 ※1	フリガナ 氏 名			生年月日 及び年齢	年 月 日（ 歳） ※受検証明書の年齢
	住 所	〒 電話 (申請者と同じ場合は記入不要)			
申請金額		金 円			
振込口座 申出欄	金融機関名	銀行 農協 金庫		本店 支店 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。	

※1：申請者が受検者と異なる場合のみ、受検者欄の記載をお願いします。

※2：続柄は、受検者との続柄となります。同一の場合は「本人」、その他の場合は「夫」等の記載をお願いします。

（添付書類）

- 1 不育症検査費用助成事業検査受検証明書（第2号様式） ※医療機関の領収書を添付すること。
- 2 世帯全員の住民票（続柄の記載のあるもの） ※住所を確認するため
- 3 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	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
受給者番号		一	

【申請期限等に係る注意事項】

①助成申請は、不育症検査が終了した後に速やかに行ってください。

原則、不育症検査が終了した日の属する年度末（3/31）が申請期限です。

②不育症検査が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（第6条関係）

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

不育症検査費用助成事業検査受検証明書

下記の者については、不育症検査費用助成事業の対象となる検査（流死産の既往のある者に対して先進医療として行う不育症検査）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

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

☐ 当該医療機関は、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いる。

（該当することを確認の上、□に✓を入れてください。）

（ふりがな） 受 検 者 氏 名	（ ）	生年月日	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		
今回の妊娠における 不妊治療の有無	有り（治療期間 年 ヶ月） ・ 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 ～ 年 月 日		
検 査 結 果	所見無し（ 46XX 46XY ） ・ 所見有り（内容： ） ・ 分析不可		
領 収 金 額	[※先進医療の検査費用に限る] 領収金額 円		

（◎1）助成金申請者は、裏面又は別紙に医療機関発行の領収書を貼付してください。

（注）助成対象となるのは次に相当するものです。

厚生労働大臣が告示する「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」において告示された不育症に関する検査

第 号
年 月 日
(保健所扱い)

様

鹿児島県知事

印

不育症検査費用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不育症検査費用の助成については、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



不育症検査費用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不育症検査費用の助成については、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。

不育症検査費用助成事業個人台帳

受給者番号					—			
	氏 名				生 年 月 日			
(ふりがな) 申 請 者	続柄 ()				年 月 日			
(ふりがな) 受 検 者					年 月 日			
住 所	〒 電話 ()							

※申請者と受検者が異なる場合は、受検者欄まで記載すること。同一の場合は、受検者欄は「同上」と記載すること。

※続柄については、受検者と同一の場合は「本人」と記載。異なる場合は「夫」等を記載すること。

(不育症検査費用)

年 度	申 請 書 受理年月日	申 請 額	(承認・不承認) 決定年月日	検査内容	不育症検査 実施指定 医療機関名	検査期間
		決 定 額				開 始 終 了
	・ ・	円	(承認・不承認)			・ ・
		円	・ ・			・ ・
	・ ・	円	(承認・不承認)			・ ・
		円	・ ・			・ ・
	・ ・	円	(承認・不承認)			・ ・
		円	・ ・			・ ・
	・ ・	円	(承認・不承認)			・ ・
		円	・ ・			・ ・
	・ ・	円	(承認・不承認)			・ ・
		円	・ ・			・ ・

[illegible]

*承認年月日を基準に月締めを行うこと。

* 検査内容欄は、不育症検査費用助成事業受検証明書中の検査内容を記入すること。

不育症検査結果総括表(年 月末)

保健所名

[illegible]