

兵庫県不育症検査費用助成事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、兵庫県不育症検査費用助成事業（以下「事業」という。）の実施のために必要な事項を定める。

(事業の目的)

第2条 事業は、「母子保健医療対策総合支援事業の実施について」（平成17年8月23日付け雇児発第0823001号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知）に基づき、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について、その費用の一部を助成することにより、不育症の方の経済的負担の軽減を図ることを目的とする。

(事業の内容)

第3条 知事は、第6条に定める対象者に対して、当該者が受けた次条に定める検査の費用の一部について、この要綱の定めるところにより、助成金を支払う。

(助成対象検査)

第4条 助成の対象となる検査は、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）（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）の第2の第29号に規定する流死産検体を用いた遺伝子検査をいう。）であって、次の要件を全て満たす医療機関で実施されたものとする。

- (1) 検査を実施した日の属する月の初日までに、先進医療である当該検査を実施する保険医療機関として、厚生労働省の承認を受けていること又は地方厚生局に届出をしていること。
- (2) 保険診療の適用される不育症に関する検査及び治療を、保険診療として実施していること。

(助成額)

第5条 助成額は、前条に規定する検査（以下「対象検査」という。）に係る費用（先進医療部分に限る。以下同じ。）の7割に相当する額（当該額に千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額）とする。ただし、6万円を上限とする。

(助成対象者)

第6条 助成の対象となる者は、次に掲げる要件を全て満たす者とする。

- (1) 申請時に、兵庫県の区域（神戸市、姫路市、尼崎市、明石市及び西宮市の区域を除く。以下同じ。）内に住所を有すること。ただし、対象検査を受けた日（以下「検査日」という。）に兵庫県の区域内に住所を有していた者がその後兵庫県の区域外に転居した場合であって、現在の住所地を管轄する自治体（以下「転居後自治体」という。）が実施する助成事業が、検査日に転居後自治体の区域内に住所を有していることを助成要件にしているために、転居後自治体の助成を受けられないときは、この限りでない。
- (2) 流産（生化学的流産を除く。）又は死産の既往が、申請に係るものを含め、2回以上あること。

- (3) 申請に係る検査費用について、他の自治体が実施する助成を受けていないこと。
- (4) 申請に係る検査を実施した医療機関が、次に掲げる事項について、兵庫県に報告することに同意すること。
 - ア 申請に係る検査の結果
 - イ 母親（申請者）の年齢
 - ウ 既往流死産回数
 - エ 申請に係る妊娠における不妊治療の有無及び治療期間
 - オ 申請に係る妊娠における不育症治療の有無及び治療内容
- (5) 前号に掲げる事項について、兵庫県が厚生労働省に報告することに同意すること。

（助成の申請）

第7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、検査日の翌日から起算して3月以内又は検査日の属する年度の末日のいずれか遅い日までに、兵庫県不育症検査費用助成事業申請書兼請求書（様式第1号）を、知事に提出しなければならない。

2 前項の申請書には、次に掲げる書類を添付しなければならない。

- (1) 兵庫県不育症検査費用助成検査受検証明書（様式第2号）
- (2) 対象検査を実施した医療機関が発行する領収書及び明細書の原本
- (3) 住民票の写し（個人番号が省略されており、発行日から3ヶ月以内のものに限る。）
- (4) 前各号に掲げるもののほか、知事が別に定める書類

（助成の交付決定等）

第8条 知事は、申請書の提出を受けたときは、当該申請に係る書類及び必要に応じて次条の規定により行う調査により、速やかにこれを審査し、助成の要件を満たしていると認めるときは、助成金を交付するものとする。

2 知事は、申請者に対し、助成金の交付（以下「承認」という。）を決定したときは兵庫県不育症検査費用助成事業承認決定通知書（様式第3号）により通知する。

3 知事は、申請者に対し、助成金を交付しないことを決定したときは、兵庫県不育症検査費用助成事業不承認決定通知書（様式第4号）により、その理由を付して、通知しなければならない。

（調査）

第9条 知事は、助成金交付の適正化を図るため、必要な限度で、他の自治体に対し申請者の助成の状況を、実施医療機関に対し検査費用の額、検査の結果等を照会することができる。

（承認決定の取消）

第10条 知事は、次の各号に該当する場合は、承認の決定を取り消すことができる。

- (1) 対象検査の申請に係る費用について、他の自治体から助成を受けたとき。
- (2) 申請が、第4条から第6条までの規定にする助成の要件に該当しないことが判明したとき。
- (3) 前2号のほか、申請書に虚偽の記載をするなど、不正な手段をもって助成金の交付を受けたとき。

- 2 知事は、前項の取消しの決定を行った場合には、その旨を文書で申請者に通知しなければならない。
- 3 第1項により取り消された場合は、申請者は、既に受け取った当該助成金のうち取消に係る部分を、知事が別に定める日までに、返還しなければならない。

(国への報告)

第11条 県は、対象検査の保険適用に向けた検討等に活用するため、対象検査に係る費用の額及び第6条第4号に掲げる事項を、厚生労働省に報告するものとする。

- 2 前項の報告は、申請者の氏名、実施医療機関名及び記入医師氏名を秘匿して行わなければならない。

(書類等の不還付)

第12条 この要綱の規定により申請者から提出された書類等は、還付しない。ただし、知事が別に認めた場合はこの限りでない。

(実施上の留意事項)

第13条 事業の関係者は、申請者の心理及びプライバシーの保護について十分配慮し、この要綱による事務を実施するに当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報の取扱いを適切に行わなければならない。

- 2 知事は、台帳を作成する等により、助成状況を記録するものとする。この場合において、転居等により以前の助成状況を把握する必要があるときは、過去の住所地へ照会するなど適宜確認を行うものとする。

(補則)

第14条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関して必要な事項は別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和5年6月9日から施行し、令和4年12月1日に実施された検査から適用する。

(経過措置)

- 2 令和4年12月1日から令和5年3月31日までの間に対象検査を受けた者については、第7条第1項中「検査日の属する年度の末日」とあるのは、「検査日の属する年度の翌年度の末日」と読み替えるものとする。

兵庫県不育症検査費用助成事業申請書兼請求書

年 月 日

兵庫県知事 様

助成の対象となる不育症の検査を受けましたので、兵庫県不育症検査費用助成事業実施要綱に従い、関係書類を添えて、次のとおり不育症検査費用の助成を申請します。

県が、助成の適正を図るために、必要な限度で、他の自治体に助成状況の照会をすること及び実施医療機関に提出する受検証明書の内容について照会することに同意します。

申請する検査の保険適用に向けた検討等に活用するため、提出する受検証明書の内容（申請者氏名、実施医療機関名等を秘匿したもの）を国に報告することに同意します。

記

申請者 (受検者)	ふりがな				電話番号	()		
	氏名				住所	〒		
	生年月日	年	月	日	※1 Eメール	@		
○検査実施日からこの申請をする日までの間に、住所の変更はありましたか？→ はい・いいえ 「はい」の場合：変更前住所 ()								
申請金額※2		金			円			
振込先 ※3	金融機関名 及びコード	金融機関コード				支店コード		
		銀行 金庫		店		所		
	組合 農協		所					
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人		()			
口座番号				(左詰記入)				

(注) 太枠内を、ご記入ください（Eメールについては、空欄でも可）。

※1 神戸市・姫路市・尼崎市・明石市・西宮市在住の方は、県に申請できません。市が助成しますので、お住まいの市にお問い合わせください。

※2 申請金額は、検査費用の領収金額の7割に相当する額（1,000円未満切捨）です。ただし、金額が60,000円を超える場合は、60,000円と記入して下さい。

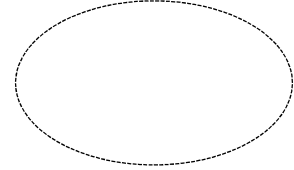
※3 口座名義人は、申請者の個人名義であること。また、この申請書の提出により、申請者が上記振込先への助成金の振り込みに同意したものとみなします。

県庁受付印

【添付書類】全て必要ですので、□に✓してください。

(このほか申請期限・助成要件の確認をお願いします。)

- 兵庫県不育症検査費用助成検査受検証明書【実施医療機関作成】
- 実施医療機関が発行する検査費用に係る領収書及び明細書（原本）
- 住民票の写し（コピー不可。個人番号が省略されており、発行から3ヶ月以内のもの）
- 通帳の写し等上記振込先の記載内容の確認ができるもの



受付 記入欄	受給者番号					承認・不承認		
	決定年月日	年	月	日				

様式第2号（第7条関係）

受給者番号											(この欄は記入しないでください。)
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------

兵庫県不育症検査費用助成検査受検証明書

下記の者については、兵庫県不育症検査費用助成事業の対象となる検査を実施し、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。

(下記の項目に該当する場合は、□に✓してください。いずれかに該当しないときは、助成対象外です。)

- 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います。
- 当医療機関は、先進医療である下記検査を実施する保険医療機関として地方厚生局への届出をしています（又は厚生労働省の承認を受けています）。

年 月 日

医療機関の名称
所在地
主治医氏名

印

受検者	(ふりがな) 氏名	()	生年 月日	年 月 日 (歳)
既往流産回数	回（今回の流産を含む。2回以上の方が助成対象）			
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	流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産産絨毛・胎児・組織染色体検査）			
検査実施日	年 月 日			
検査結果	・所見無し（46, XX 46, XY） ・所見あり（内容： ） ・分析不可			
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。】 検査費用 領収金額 円			

※ 本証明書は、実施医療機関の主治医が作成してください。
※ この様式は、神戸市・姫路市・尼崎市・明石市・西宮市にお住まいの方は使用できません。受検者が上記市にお住まいの場合は、お住まいの市の様式を使用してください。

様式第3号（第8条関係）

第 年 月 日 号

（申請者氏名） 様

兵庫県知事

兵庫県不育症検査費用助成事業承認決定通知書

年 月 日付けで申請のあった不育症検査費用の助成について、承認することとし、下記金額を助成することを決定したので通知します。

記

助成することとした額 金 円

第 年 月 日

様

兵庫県知事

兵庫県不育症検査費用助成事業不承認決定通知書

年 月 日付けで申請のあった不育症検査費用の助成について、下記理由により不承認としたので通知します。

記

【不承認とした理由】