

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条で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、流産検体を用いた染色体検査（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年労働省告示第129号）の第2の第25号に規定する流産検体を用いた染色体検査をいう。以下同じ。）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) 流産検体を用いた染色体検査の実施医療機関として、厚生労働省の承認等を受けていること。
- (2) 保険診療の適用され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こと。

(助成額)

第5条 助成額は、前条に規定する検査に係る費用（先進医療部分に限る。）の額とする。ただし、5万円を上限とする。

(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、検査時に兵庫県の区域内に住所を有していた者がその後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、検査時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、他の自治体の実施する助成を受けていないこと。
- (4) 検査の結果、母親及び父親の年齢、既往流産回数、不妊治療の有無及び不妊の期間、抗リ

ン脂質抗体症候群の有無及びその治療、甲状腺機能異常の有無及びその治療、血液凝固異常の有無及びその治療等について、医療機関が、兵庫県に報告することに同意すること。

(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、第4条に定める検査（以下「対象検査」という。）を実施した日（以下「検査日」という。）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) 不育症検査結果個票（様式第3号）
- (3) 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
- (4) 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。）
- (5) 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たときは、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4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5号）により、その理由を付して、通知しなければならないものとする。

(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するものとする。

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、流産検体を用いた染色体検査の保険適用に向けた検討等に活用するため、不育症検査結果個票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)

この要綱は、令和3年9月1日から施行し、令和3年4月1日に実施された検査から適用する。

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。

兵庫県が、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兵庫県不育症検査受検証明書、不育症検査結果個票等添付書類の内容について照会することについて同意します。

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、提出する不育症検査結果個票（申請者氏名、実施医療機関名等を秘匿したもの）の内容を国に提出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			Eメール	@		
○過去にこの助成金を受けたことがありますか？→ はい（直近の申請年月： ）・ いいえ								
○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		金 円（※1）						
振込先 ※2	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 組合 農協 所						
	預金種別	普通	(ふりがな)		()			
		当座	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 申請金額は、医療機関が作成する兵庫県不育症検査費用助成検査受検証明書の検査費用の領収金額です。ただし、当該金額が50,000円を超える場合は、50,000円と記入して下さい。

※2 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】
- 不育症検査結果個票【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3号（第7条関係）

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

記入医師氏名：_____

※ 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。

様式第4号（第8条関係）

第 号
年 月 日

（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

様式第5号（第8条関係）

第 号
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】