

つくばみらい市告示第109号

つくばみらい市不妊治療費（先進医療分）助成金交付要綱を次のように定める。

令和7年 7 月22 日

つくばみらい市長 小 田 川



つくばみらい市不妊治療費（先進医療分）助成金交付要綱

（目的）

第1条 この告示は、医療保険適用となる生殖補助医療と併用して行われる先進医療に係る保険外診療費用の一部を助成することにより、治療を受ける夫婦の経済的負担の軽減を図ることを目的とする。

（定義）

第2条 この告示において「先進医療」とは、厚生労働大臣が先進医療として告示した治療をいう。

（助成の対象者）

第3条 この告示に基づく助成の対象となる者は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- （1） 法律上の婚姻関係にある夫婦又は事実上の婚姻関係にある夫婦であること。
- （2） 不妊治療を受けた夫婦であって、「1回の治療」の初日から申請日までの間、夫又は妻のいずれか一方が市内に住所を有し、生殖補助医療及び先進医療以外の治療法によっては妊娠の見込みがない、又は極めて少ないと医師に診断され、医療保険が適用される生殖補助医療と先進医療を組み合わせる治療を行った者であること。
- （3） 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。
- （4） 夫又は妻のいずれも市税を滞納していないこと。
- （5） 令和7年4月1日以降に治療が終了していること。

（助成対象となる治療等）

第4条 対象となる治療は、先進医療の実施医療機関として厚生労働省へ届出を行っている又は承認されている保険医療機関で実施された治療であり、医療保険が適用される生殖補助医療と併せて実施する先進医療とする。ただし、次に掲げる場合は、助成の対象としない。

- （1） 夫婦以外の第三者からの精子、卵子又は胚の提供によるもの
- （2） 借り腹（夫婦の精子と卵子を使用できるが、子宮摘出等により妻が妊娠できない場合に、夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚を妻以外の第三者の子宮に注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するものをいう。）によるもの
- （3） 代理母（妻が卵巣と子宮を摘出した場合等、妻の卵子が使用できない、かつ、

妻が妊娠できない場合に、夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入して、第三者が妻の代わりに妊娠・出産するものをいう。)によるもの

(4) 医療保険適用の生殖補助医療と併用せず、単独で実施した先進医療

(5) 医療保険適用外の生殖補助医療と組み合わせて実施した先進医療

(6) 他の助成制度により、助成を受けた先進医療

(助成金の額及び回数)

第5条 助成金の額は、1回の治療につき実施された先進医療に要した費用のうち40,000円を限度とする。ただし、1,000円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。

2 助成の回数は、保険診療の回数に準じ、初めての治療の開始時の女性の年齢が40歳未満であるときは1子につき通算6回までとし、40歳以上43歳未満であるときは1子につき通算3回までとする。ただし、助成を受けた後に出産し、又は死産に至ったときは、助成回数をリセットすることができる。

3 医師の判断に基づき、胚移植を行わずにやむを得ず治療を中止した場合は、前項で規定する助成の回数にかかわらず助成することができる。

4 保険診療と保険外診療を組み合わせる行う混合診療への助成は行わない。

(助成金の申請期限)

第6条 助成金の申請期限は、1回の治療が終了した日の属する年度の3月31日までとする。ただし、1月から3月までに治療が終了したもので、3月31日までに申請書等が提出できない場合は、翌年度の4月30日の期間に限って申請できるものとする。

(助成金の申請)

第7条 助成金の交付を受けようという者(以下「申請者」という。)は、1回の治療ごとにつくばみらい市不妊治療費(先進医療)助成金交付申請書(様式第1号)につくばみらい市不妊治療(先進医療)受診等証明書(様式第2号)及び領収書等関係書類を添えて、市長に申請しなければならない。

(助成金の交付決定)

第8条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、助成金の交付可否及び交付する場合における助成金の額を決定したときは、つくばみらい市不妊治療費(先進医療)助成金交付(不交付)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。

(助成金の返還)

第9条 市長は、対象者が虚偽その他不正の手段により助成金の交付を受けたと認めたときは、助成金の交付決定の全部又は一部を返還させることができる。

(補則)

第10条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、公布の日から施行し、令和7年4月1日から適用する。

様式第1号（第7条関係）

つくばみらい市不妊治療費（先進医療）助成金交付申請書

年 月 日

つくばみらい市長 様

つくばみらい市不妊治療費（先進医療分）助成金交付要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて

次のとおり不妊治療費の助成を申請します。

代 表 申請者	(フリガナ) 氏 名	() (夫 ・ 妻) (署名または記名押印)						
	生年月日	年		月		日生		治療開始の年齢 () 歳
	住 所	〒						
	電話番号							
申請者	(フリガナ) 氏 名	() (夫 ・ 妻) (署名または記名押印)						
	生年月日	年		月		日生		治療開始の年齢 () 歳
	住 所	〒						
	電話番号							
婚姻年月日		年		月		日		☐ 事実婚（戸籍謄本及び申立書を添付）
申 請 額		金 円 ※助成上限額と治療費の自己負担額を比較して 低い方の額						
代 表 申請者 振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協				本店 支店 出張所		
	預金種別	普通		フリガナ				
		当座		口座名義				
	口座番号							
☐ 助成要件確認のため、つくばみらい市長が住民基本台帳等を確認し、支給要件に関する事項を照会することについて同意します。								
☐ この申請に係る不妊治療について、つくばみらい市以外の地方公共団体の助成は受けていません。								
☐ 治療開始日から申請日までの間、夫婦のいずれか一方がつくばみらい市内に住所を有しています。								

※添付書類 1 不妊治療（先進医療）受診等証明書 2 領収書及び明細書

3 その他書類関係 夫婦の一方が市外に在住の場合、住所を確認できる書類（住民票）、戸籍上の夫婦であることを証明する書類（戸籍謄本）

※事実婚関係にある場合は、夫婦それぞれの戸籍謄本及び事実婚関係に関する申し立て書

市 町 村 使 用 欄	申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日		
	今回治療開始時妻年齢：	歳（43歳以上は対象外）			
	初回治療開始時妻年齢：	歳	☐ 40歳未満→通算6回まで	保険診療による治療実施	
			☐ 40歳～42歳→通算3回まで	回数：通算 回目	
	市町村への申請回数	回目			

不妊治療（先進医療）受診等証明書

年 月 日

つくばみらい市長

医療機関所在地

名 称

主治医氏名

印

次のとおり、保険診療の生殖助成医療と併せて先進医療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

医療機関記入欄

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
生年月日・年齢		年 月 日(歳)		年 月 日(歳)
治療期間※1	年 月 日～ 年 月 日(妊娠確認日又は治療を中止した日)			
妊娠の有無	有 ・ 無			
治療ステージ	A・B・C・D・E・F・G・H ※治療ステージの詳細は、裏面参照			
保険診療について	今回の生殖助成医療は保険診療ですか ☐ はい →右記の治療回数を記入 ☐ いいえ →助成対象外です。		保険診療による治療回数 今回の治療は保険適用 _____ 回目	
領収金額	今回の治療に係る領収金額合計※2 円		左記のうち、 <u>先進医療</u> に係る領収金額 円	

上記治療期間中に実施した先進医療

医療技術名	実施日※3	領収金額
子宮内膜刺激術（SEET法）	年 月 日	円
タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	年 月 日	円
子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）	年 月 日	円
ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）	年 月 日	円
子宮内膜受容能検査1（ERA）	年 月 日	円
子宮内膜受容能検査2（ERPeak）	年 月 日	円
子宮内細菌叢検査1（EMMA/ALICE）	年 月 日	円
子宮内細菌叢検査2（子宮内フローラ検査）	年 月 日	円
強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI）	年 月 日	円
二段階胚移植術	年 月 日	円
タクロリムス投与療法	年 月 日	円
膜構造を用いた生理学的精子選択術	年 月 日	円
着床前胚異数性検査（PGT-A）	年 月 日	円

☐ 当医療機関は、実施した先進医療の実施医療機関として承認されている。

☐ 上記の先進医療について、保険適用となる体外受精又は顕微授精と併用して実施した。

※1 採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。

※2 体外受精及び顕微授精に関する費用についてのみ記載し、食事療養費標準負担額、個室料、文書料等の不妊治療に直接関係のない費用は、含めないでください。

※3 実施日が複数にまたがる場合は、実施の開始日を記載してください。

(裏面)

体外受精・顕微授精の治療ステージ

[illegible]

つくばみらい市不妊治療費（先進医療）助成金交付（不交付）決定通知書

年 月 日

様

つくばみらい市長 印

年 月 日付けで申請のありました助成金の交付について、次のとおり決定したので、
つくばみらい市不妊治療費（先進医療）の助成金に関する要綱第7条の規定により通知します。

☐ 交付

交付決定額

円

☐ 不交付

不交付の理由

（

）

※治療内容等：