

函館市不育症治療費助成事業実施要綱

第1 目的

不育症については、不妊治療に比べて社会における認知度が低く、また、それを専門とする医師が少ないため、適切な検査や治療を受けることができないことがある。

さらに、高額な治療費による経済的負担に加え、繰り返す流産の体験による精神的負担から、出産を諦める方も少なくない。

本事業は、不育症の検査および治療に要する費用に対して助成することにより、市内における不育症の認知度を高めるとともに、不育症の方々の経済的、精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

第2 実施主体

実施主体は函館市とする。

第3 対象者

本事業の対象となる者は、2回以上の流産、死産（抗リン脂質抗体症候群の臨床所見を満たす者については1回以上の流産、死産）、あるいは早期新生児死亡の既往がある者のうち、次の全ての要件に該当する者（以下「対象者」という。）とする。

ただし、同一の検査・治療に関して都道府県、政令市および他の中核市から同等の給付を受けた者または受ける見込みのある者は除く。

- 1 申請日において市内に住所を有する者。
- 2 産科または婦人科を標榜する日本国内の医療機関（複数の診療科をもつ総合病院等においては、院内の産科または婦人科）において検査または治療を受けた者。
- 3 その他特に市長が必要と認める者。

第4 対象となる検査・治療および期間

- 1 不育症の因子を特定するための検査（子宮形態検査，染色体検査，内分泌検査，抗リン脂質抗体検査，凝固因子検査。以下「スクリーニング等」という。）およびスクリーニング等の結果に基づく治療（具体的には別紙のとおり）とする。（以下「検査・治療」という。）
- 2 対象となる検査・治療の期間は次のとおりとする。
 - （1）スクリーニング等については，平成29年4月1日以降に実施したもの。
 - （2）治療については，平成29年4月1日以降に実施したもの。ただし，過去に1度もスクリーニング等を受けていない場合は対象としない。

第5 助成額および対象費用

検査・治療に要した費用に対して，1回の検査・治療につき10万円まで助成する。

- （1）「1回の検査・治療」は，原則，スクリーニング等と妊娠を経て出産（または流産，死産。以下「出産等」という。）に至るまでに実施した治療とする。
- （2）医師の判断により治療を終了した場合については，スクリーニング等と終了までに要した治療費を助成する。
- （3）スクリーニング等の結果，医師の判断により治療を実施しなかった場合や，他の診療科（産科および婦人科以外）での治療とした場合は，スクリーニング等に要した費用のみ助成する。

第6 助成の申請

- 1 助成を受けようとする者は，出産等に至った日（別紙のAおよびBの治療については治療が終了した日），医師の判断により治療を終了した日，または医師が治療を実施しない若しくは他の診療科での治療とすると判断した日（以下「基準日」という。）の

属する年度内に、原則として1回の検査・治療の終了毎に、基準日の翌日から60日以内に函館市長（以下「市長」という。）に対し、函館市不育症治療費助成事業申請書（別記第1号様式）に次の書類を添付して申請を行うものとする。

なお、（2）の書類については、同一年度内で2回目以降の申請であり、かつ、前回の申請時に提出したものと同一である場合は、添付を省略することができる。

（1）函館市不育症治療費助成事業受診等証明書（別記第2号様式）

なお、先進医療として行われる不育症検査および令和4年3月31日までに実施した流産検体を用いた染色体検査（令和3年3月31日厚生労働省告示第133号）であって、当該検査の実施機関として届出または承認がなされている保険医療機関で実施した場合（保険適用されている不育症に関する治療・検査を保険診療で実施している医療機関で当該検査を実施した場合に限る。）、厚生労働省が別に定める証明書等を添付する。

（2）住民票謄本（記載事項（個人番号を除く。）を省略していない発行日から3か月以内のもの）

（3）検査・治療に係る領収書

（4）その他対象者等の確認に必要な書類

2 必要な書類の準備に時間を要するなど、特別な事情により年度内に申請できなかった場合においては、翌年度の5月末日までに申請できるものとする。5月末日までに申請できなかった場合においては、申請できなかった理由等を申立書により確認し、正当かつ合理的な理由によると認められる場合は申請できるものとする。

第7 助成の決定

1 当該年度分の助成か否かについては、申請が行われた日を基準とする。

2 市長は、申請受理後、速やかに審査を行い、助成が適当と認め

たときは、函館市不育症治療費助成金交付決定通知書（別記第3号様式）により助成の決定と金額について申請者に通知することとする。

また、審査の結果、助成が不相当と認めたときは、函館市不育症治療費助成金不交付決定通知書（別記第4号様式）を以て申請者に通知することとする。

第8 市長の責務

- 1 市長は、助成の状況を明確にするため、台帳（別記第5号様式）を備え付け、助成の状況を把握しなければならない。
- 2 市長は事業の実施に当たっては、申請者の個人情報の保護に十分留意しなければならない。

第9 その他

本要綱に規定するもののほか、この要綱の施行に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和3年11月1日から施行し、令和3年4月1日以降に開始した検査および治療を対象として適用するものとする。
- 2 この要綱の施行後、当分の間は、改正前の函館市不育症治療費助成事業実施要綱に基づく申請書等は、改正後の函館市不育症治療費助成事業実施要綱に基づく申請書等とみなして、使用することができるものとする。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

函館市不育症治療費助成事業申請書

函 館 市 長 様

申請年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

「不育症治療費助成事業受診等証明書」等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・分析等を行う場合があることについて同意の上、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

	(ふ り が な) 氏 名	生 年 月 日
夫	()	昭和 平成 年 月 日生 (歳)
妻	()	昭和 平成 年 月 日生 (歳)
住 所	〒 _____ 電話 ()	
住 所 <small>単身赴任 等で 住所が異 なる 場合記入</small>	〒 _____ 電話 ()	
函館市に対してこの助成金を申請するのは 今回が初めて () 回目		
申請者 氏 名	不育症治療費に係る一切の権限を代表して行う者 (振込先口座名義と同一の者)	
本申請に係る検査または治療の実施内容に関して、医療機関および調剤薬局等に照会することについて同意します。		
※内訳については裏面に記入してください。		
申請金額	【 検 査 】	金 _____ 円
申請金額	【 治 療 】	金 _____ 円
申請金額	【 合 計 】	金 _____ 円
振込先金融機関の名称および口座番号等		
振込先金融機関の名称	口座番号	口座名義
銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所	普通 当座	ふりがな ()

※ 函館市記載欄		
起案年月日		収 受 印
決定年月日		
通知年月日		
決定金額		
受給者番号		

(裏面)

<申請金額内訳>

	受診年月日	検査・治療 の別 (どちらかに○)	保険診療分 A	保険外診療分 B	高額療養費 (付加給付含む) C	計 A+B-C
1	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
2	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
3	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
4	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
5	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
6	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
7	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
8	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
9	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
10	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
11	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
12	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
13	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
14	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
15	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
16	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
17	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
18	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
19	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
20	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
計			円	円	円	円

函館市不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の者について、不育症に係る検査および治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（治療等を行った医療機関の主治医が記入すること）

受診者 氏名 生年月日	夫	() 昭和 年 月 日生 (歳) 平成	妻	() 昭和 年 月 日生 (歳) 平成								
既往歴	今回の検査および治療以前の流産・死産・早期新生児死亡の既往歴について記入してください。											
前回申請時から追加検査がない場合は記入不要	検査実施 医療機関	※治療実施医療機関と同じ場合は記入不要です。 医療機関名： 所在地：										
	検査日 (期間)	年 月 日 (～ 年 月 日)										
	検査内容	<p>実施した検査の□に✓を記入してください。その他については内容を簡潔に記入してください。 先進医療として告示されている不育症検査であり、かつ、その実施機関として承認されている保険医療機関で実施するものについて申請する場合は、厚生労働省が別に定める証明書等の添付を求める場合があります。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 子宮形態検査 <input type="checkbox"/> 経膈超音波 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> 子宮鏡 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 【内容】 </td> <td style="width: 20%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 染色体検査 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 流産胎児の 絨毛染色体検査 <input type="checkbox"/> その他 【内容】 </td> <td style="width: 20%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能 <input type="checkbox"/> 糖尿病検査 <input type="checkbox"/> その他 【内容】 </td> <td style="width: 20%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体検査 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンβ 2 グロブリン I 複合体抗体 <input type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン IgG 抗体 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン IgM 抗体 <input type="checkbox"/> 抗 PEIgG 抗体 <input type="checkbox"/> 抗 PEIgM 抗体 <input type="checkbox"/> その他 【内容】 </td> <td style="width: 20%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 凝固因子検査 <input type="checkbox"/> 第Ⅻ因子活性 <input type="checkbox"/> プロテイン S 活性 もしくは抗原 <input type="checkbox"/> プロテイン C 活性 もしくは抗原 <input type="checkbox"/> APTT <input type="checkbox"/> その他 【内容】 </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 子宮形態検査 <input type="checkbox"/> 経膈超音波 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> 子宮鏡 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 【内容】	<input type="checkbox"/> 染色体検査 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 流産胎児の 絨毛染色体検査 <input type="checkbox"/> その他 【内容】	<input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能 <input type="checkbox"/> 糖尿病検査 <input type="checkbox"/> その他 【内容】	<input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体検査 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンβ 2 グロブリン I 複合体抗体 <input type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン IgG 抗体 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン IgM 抗体 <input type="checkbox"/> 抗 PEIgG 抗体 <input type="checkbox"/> 抗 PEIgM 抗体 <input type="checkbox"/> その他 【内容】	<input type="checkbox"/> 凝固因子検査 <input type="checkbox"/> 第Ⅻ因子活性 <input type="checkbox"/> プロテイン S 活性 もしくは抗原 <input type="checkbox"/> プロテイン C 活性 もしくは抗原 <input type="checkbox"/> APTT <input type="checkbox"/> その他 【内容】			
<input type="checkbox"/> 子宮形態検査 <input type="checkbox"/> 経膈超音波 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> 子宮鏡 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 【内容】	<input type="checkbox"/> 染色体検査 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 流産胎児の 絨毛染色体検査 <input type="checkbox"/> その他 【内容】	<input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能 <input type="checkbox"/> 糖尿病検査 <input type="checkbox"/> その他 【内容】	<input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体検査 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンβ 2 グロブリン I 複合体抗体 <input type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン IgG 抗体 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン IgM 抗体 <input type="checkbox"/> 抗 PEIgG 抗体 <input type="checkbox"/> 抗 PEIgM 抗体 <input type="checkbox"/> その他 【内容】	<input type="checkbox"/> 凝固因子検査 <input type="checkbox"/> 第Ⅻ因子活性 <input type="checkbox"/> プロテイン S 活性 もしくは抗原 <input type="checkbox"/> プロテイン C 活性 もしくは抗原 <input type="checkbox"/> APTT <input type="checkbox"/> その他 【内容】								
治療期間	※治療を実施していない場合は記入不要です。 年 月 日 ～ 年 月 日											
治療内容	※治療を実施していない場合は記入不要です。 該当するものの□に✓を記入してください。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> A 手術療法 <input type="checkbox"/> B 着床前診断 <input type="checkbox"/> C 抗甲状腺薬 甲状腺ホルモン剤 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> D インスリン <input type="checkbox"/> E 低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> F ヘパリン療法 <input type="checkbox"/> G カウンセリング, その他医師が必要と判断した治療等 </td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> A 手術療法 <input type="checkbox"/> B 着床前診断 <input type="checkbox"/> C 抗甲状腺薬 甲状腺ホルモン剤	<input type="checkbox"/> D インスリン <input type="checkbox"/> E 低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> F ヘパリン療法 <input type="checkbox"/> G カウンセリング, その他医師が必要と判断した治療等						
<input type="checkbox"/> A 手術療法 <input type="checkbox"/> B 着床前診断 <input type="checkbox"/> C 抗甲状腺薬 甲状腺ホルモン剤	<input type="checkbox"/> D インスリン <input type="checkbox"/> E 低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> F ヘパリン療法 <input type="checkbox"/> G カウンセリング, その他医師が必要と判断した治療等											
治療結果	該当するものの□に✓を記入してください。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"> <input type="checkbox"/> 医師の判断により治療を実施せず </td> <td style="width: 40%;"> 【医師が判断した日： 年 月 日】 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 他の診療科(産科・婦人科以外)において治療を実施(予定) </td> <td> 【医師が判断した日： 年 月 日】 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 医師の判断により治療を終了 </td> <td></td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 出産等 (又は治療 A, B の終了) </td> <td> 【出産等した日： 年 月 日】 </td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 医師の判断により治療を実施せず	【医師が判断した日： 年 月 日】	<input type="checkbox"/> 他の診療科(産科・婦人科以外)において治療を実施(予定)	【医師が判断した日： 年 月 日】	<input type="checkbox"/> 医師の判断により治療を終了		<input type="checkbox"/> 出産等 (又は治療 A, B の終了)	【出産等した日： 年 月 日】
<input type="checkbox"/> 医師の判断により治療を実施せず	【医師が判断した日： 年 月 日】											
<input type="checkbox"/> 他の診療科(産科・婦人科以外)において治療を実施(予定)	【医師が判断した日： 年 月 日】											
<input type="checkbox"/> 医師の判断により治療を終了												
<input type="checkbox"/> 出産等 (又は治療 A, B の終了)	【出産等した日： 年 月 日】											
領収金額	検査	保険診療分	円									
		保険外診療分	円									
	治療	保険診療分	円									
		保険外診療分	円									
	合 計		円									

函館市記載欄

受給者番号	備考	
-------	----	--

函 子 母
年 月 日

様

函館市長

函館市不育症治療費助成金交付決定通知書

年 月 日付で申請のあった不育症治療費の助成について、次のとおり決定したので函館市不育症治療費助成事業実施要綱第7第2項の規定により通知します。

記

- 1 この助成金の交付の対象となる経費および助成金の額は、次のとおりです。

助成対象経費	助成金の額
円	円

- 2 虚偽の申請その他不正な行為があった場合は、この助成金の交付の決定の全部または一部を取り消し、当該取消しに係る部分に関し既に交付された助成金があるときは、その返還を命ずることがあります。
- 3 助成金の返還を命ぜられ、これを納期日までに納付しなかったときは、納期日の翌日から納付の日までの日数に応じ、その未納付額（その一部を納付した場合におけるその後の期間については、その納付額を控除した額）につき年10.95パーセントの割合で計算した違約延滞金を市に納付しなければなりません。

函館市子ども未来部母子保健課
TEL 0138-32-1533
FAX 0138-32-1506

函 子 母
年 月 日

様

函館市長

函館市不育症治療費助成金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった不育症治療費の助成について、助成しないことと決定したので函館市不育症治療費助成事業実施要綱第7第2項の規定により通知します。

記

不交付の理由

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

函館市子ども未来部母子保健課

TEL 0138-32-1533

FAX 0138-32-1506

