



福岡医発第1050号(地)

平成15年9月1日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 関原 敬次郎



佐賀県における不妊治療支援事業の実施について

初秋の候 貴職益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、このたび標記のとおり、佐賀県では少子化対策の一環として、不妊治療支援事業を別添の通り実施する旨通知がありましたので、お知らせいたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、貴管内各関係医療機関等において、当事業の受給資格者より別紙証明欄の記載依頼がありましたら、特段のご配慮をいただくとともに、周知方よろしくご高配のほどお願い申し上げます。

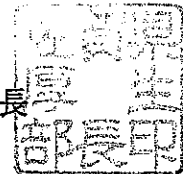
なお、記載等につきましてご不明な点がある場合は、佐賀県健康増進課母子保健係(TEL 0952-25-7074)へお尋ねくださいますようお願いいたします。



健 第 1 1 5 9 号
平成 1 5 年 8 月 2 0 日

各 都 道 府 県 医 師 会 長 様

佐 賀 県 厚 生 部 長



不妊治療支援事業の実施について（依頼）

佐賀県の母子保健事業の推進につきましては、格別の御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、佐賀県におきましては、平成15年9月より、別紙のとおり、不妊治療支援事業を開始し、不妊治療費の助成を実施することとしました。

つきましては、不妊治療を実施される医療機関において、当事業の受給資格者から、別紙証明欄の記載依頼がありましたら、よろしく御配慮いただきますようお願いいたします。

担当：健康増進課母子保健係

TEL 0952-25-7074

e-mail kenkouzoushin@pref.saga.lg.jp



不妊治療支援事業の概要

1 目的

不妊治療を希望しているにもかかわらず、経済的負担感を感じている夫婦に対し、費用の一部を助成することにより、不妊治療を受けやすくし、もって、不妊の悩みに対する支援の一助とする。

2 実施方法

県が実施主体となり、不妊治療費を医療機関に支払った者の請求に基づき、助成金を交付する。

請求にあたっては、医療機関から別紙証明書の記載を受ける。

3 助成対象者

戸籍上の夫婦で、次の各号のすべてに該当する者として、あらかじめ、保健所から受給資格証の交付を受けた者。

- (1) 夫又は妻のいずれか一方又は両方が、佐賀県内に引き続き1年以上居住している者。
- (2) 夫又は妻の所得の多い方の額が制限額未満である者。

※ 受給資格証の交付前に支払われた不妊治療費は助成対象としません。

4 助成対象とする不妊治療費

配偶者間で行う次の不妊治療で、採卵、受精又は受精卵（胚）若しくは配偶子の移植のうち、少なくとも一を含むもの。

- (1) 体外受精・胚移植
- (2) 配偶子卵管内移植
- (3) 接合子卵管内移植
- (4) 顕微授精・胚移植
- (5) 凍結胚の移植

5 助成金額

年間10万円（治療費の2分の1以内）を限度とする。
助成期間は2年。

6 事業開始時期

平成15年9月1日から受給資格証交付申請受付開始

不妊治療費助成金請求書

金 _____ 円

ただし、下記（別添）の不妊治療に要した治療費に係る助成金として

平成 年 月 日

佐賀県収支等命令者 様

住 所

ふりがな

氏 名

印

電話番号

(振込口座)

金融機関名	預金種別	口座番号	口座名義人

記

(以下は、医療機関で記入してください)

1 不妊治療を受けた者 (1) 住所 _____ 都・道・府・県

(2) 夫氏名 _____ 妻氏名 _____

2 行った不妊治療の方法 (該当するものの記号を○で囲んでください)

ア 体外受精—胚移植 イ 配偶子卵管内移植 ウ 接合子卵管内移植
 エ 顕微授精—胚移植 オ 凍結胚の移植

3 行った不妊治療の内容 (該当するものすべての記号を○で囲んでください)

ア 採卵 イ 受精 ウ 受精卵又は配偶子の移植 エ その他

4 行った不妊治療に係る治療費

(1) 金 額 金 _____ 円 (税込み)

(2) 領収日 平成 年 月 日～平成 年 月 日

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

医療機関 所 在 地
 名 称
 代表者氏名

印

(保健所記入欄)

受給資格証番号	審査年月日	.	.
保健所	確認済印		

(裏面)

注意事項

1. 受給資格証の交付を受けた夫婦であれば、夫、妻どちらの方でも請求できます。(ただし、佐賀県内に居住されている方に限ります。)
2. 助成の対象となる不妊治療費は、受給資格証に記載された配偶者間で行った体外受精一胚移植、配偶子卵管内移植、接合子卵管内移植、顕微授精一胚移植又は凍結胚の移植で、採卵、受精又は受精卵(胚)若しくは配偶子の移植のうち少なくとも一を含むものに係る費用です。
3. 助成金の額の上限は、受給資格証の交付を受けた夫婦の方について、助成期間の初日(受給資格証に記載されています。)から起算して1年ごとに、医療機関に支払われた不妊治療費の額(医療機関が証明した金額)に2分の1を乗じた額と10万円とを比較して少ない方の額です。助成期間は2年間です。(受給資格証に記載されています。)
4. 助成期間外に医療機関への支払いが行われた不妊治療費は助成の対象となりません。
また、助成期間終了後に助成金を請求することはできません。
5. 助成金の交付を請求される場合は、上記2の不妊治療費を医療機関に支払われる際、この請求書に医療機関の証明を受けて、佐賀県内の保健所(下記参照)に提出してください。このとき、受給資格証、請求される方の印鑑、振込みを希望する預金通帳を持参してください。
6. 振込みを希望する預金口座の名義は、請求される方の氏名と同じものにしてください。
7. 不明の点があれば、下記にお問い合わせください。

問合せ先

佐賀県厚生部健康増進課	〒840-8570 佐賀市城内1-1-59 TEL 0952-25-7074 e-mail kenkouzoushin@pref.saga.lg.jp
佐賀中部保健所	〒849-8585 佐賀市八丁畷町1-20 TEL 0952-30-2183 e-mail sagachuubuhokensyo@pref.saga.lg.jp
鳥栖保健所	〒841-0051 鳥栖市元町1234-1 TEL 0942-83-2162 e-mail toshuhokensyo@pref.saga.lg.jp
唐津保健所	〒847-0012 唐津市大名小路3-1 TEL 0955-73-4185 e-mail karatsuhokensyo@pref.saga.lg.jp
伊万里保健所	〒848-0041 伊万里市新天町坂口122-4 TEL 0955-23-2101 e-mail imarihokensyo@pref.saga.lg.jp
杵藤保健所	〒843-0023 武雄市武雄町大字昭和265 TEL 0954-22-2104 e-mail kitouhokensyo@pref.saga.lg.jp