

福岡県医発第511号(地)

平成16年 6月11日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 竹 嶋 康 弘



福岡県不妊治療費助成事業実施要綱の制定並びに

福岡県不妊専門相談センター事業実施要綱の制定について(通知)

梅雨の候 貴職益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度、福岡県では標記事業の円滑な実施を図るため、別添の実施要綱を制定した旨通知がございましたのでご通知いたします。

小郡三井医師会より

担当理事 毛利康茂





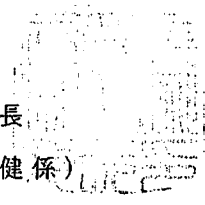
16児 第411号

平成16年5月24日



社団法人 福岡県医師会長 殿

福岡県保健福祉部長
(児童家庭課母子保健係)



福岡県不妊治療費助成事業実施要綱の制定について（通知）

母子保健事業の推進につきましては、日ごろから格別の御尽力をいただき深く感謝申し上げます。

このことについて、標記事業の円滑な実施を図るため別添の実施要綱を制定したので通知します。



福岡県不妊治療費助成事業実施要綱

(目 的)

第1条 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。

(実施方法)

第2条 この事業は、県（北九州市、福岡市を除く）が実施主体となり、第4条に規定する不妊治療費を医療機関に支払った者の申請に基づき、第5条の規定により算定された金額を助成することにより実施する。

(助成対象者)

第3条 この事業の助成対象者は、戸籍法（昭和22年法律第224号）第74条の規定による届出を行った夫婦、又は外国人登録法（昭和27年法律第125号）第4条1項の規定による外国人登録原票に登録されている者で、次の各号のすべてに該当するものとする。

- (1) 夫及び妻が、福岡県内（北九州市、福岡市を除く）に1年以上居住しているもの。
- (2) 体外受精及び顕微授精以外の治療法によっては、妊娠の見込みがないか極めて少ないと医師に診断されたもの。

なお、以下に掲げる治療法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、胚の提供による不妊治療。
 - ② 代理母（妻が卵巣と子宮を摘出したことなどにより、妻の卵子が使用できず、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、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するもの。）
 - ③ 借り腹（夫婦の精子と卵子は使用できるが、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。）
- (3) 夫及び妻の前年の所得（1月から5月までの申請については前々年の所得）の合計金額が650万円未満であるもの。
- 2 前項(3)の所得の範囲については、児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第2条の例による。
- 3 前項(3)の所得額の計算方法については、児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第3条の例による。

(助成対象とする不妊治療費並びに医療機関)

第4条 この事業で助成対象とする不妊治療費（以下、「助成対象治療費」という。）は、配偶者間で行う医療保険が適用されない次の各号に掲げるいずれかの治療に要した費用とする。ただし、入院費、食事代等治療に直接関係のない費用を除く。

- (1) 体外受精・胚移植
- (2) 顕微授精・胚移植

ただし、新鮮胚（卵）を用いる場合に限る。

- 2 助成対象となる不妊治療を行う医療機関は、社団法人日本産科婦人科学会の会告に基づき登録を行った医療機関のうち知事が実施医療機関として適当と認め指定した医療機関（以下、「指定医療機関」という。）である。

（助成金の額及び助成期間）

第5条 この事業により助成する金額（以下、「助成金」という。）の上限は、1年度あたり当該夫婦が医療機関に支払った助成対象治療費の総額に2分の1を乗じて得た額と10万円を比較して少ない方の額とする。

なお、助成対象治療費は、指定医療機関が発行する不妊治療費助成事業受診等証明書（様式2号）等をもって確認するものとする。

- 2 当該夫婦に対する助成期間は、最初に申請を受理した日の属する年度から継続して2年度とする。ただし、医療機関への支払いが当該助成期間外に行われたもの又は最初に申請を受理した日の属する年度から起算して2年度を経過した後に助成申請がされたものについては、助成しないものとする。
- 3 2年度目の申請者にあつては、3月1日から3月31日までに医療機関への支払いが行われた助成対象治療費については、翌年度の4月30日までに申請されたものについて助成対象とする。

（不妊治療費助成申請）

第6条 助成を受けようとする夫婦（以下、「申請者」という。）は、次の各号に定めるところにより、申請をするものとする。

- （1）原則として、治療が終了した日の属する年度内に申請する。
- （2）申請者は、不妊治療費助成事業申請書（様式1号）（以下、「申請書」という。）に、必要な書類を添えて、居住地を管轄する保健福祉環境事務所長（大牟田市にあつては保健所長）（以下「保健福祉環境事務所長等」という。）に申請するものとする。
- （3）保健福祉環境事務所長等は、（2）に掲げる書類を受理したときは、速やかにその内容を審査し、第3条及び第4条の規定による助成対象者であることを確認のうえ、福岡県児童家庭課長に進達するものとする。

（助成の決定）

第7条 知事は申請書等を審査し、不妊治療費の助成を承認したときは、承認決定通知書により、速やかに保健福祉環境事務所長等を経由して申請者に通知するものとする。

- 2 審査の結果、不妊治療費の助成を承認しないことを決定したときは、不承認決定通知書により、速やかに保健福祉環境事務所長等を経由して申請者に通知するものとする。

（助成金の交付）

第8条 知事は承認決定後、申請者に対して、口座振込みの方法により助成金を交付するものとする。

（助成金の返還）

第9条 知事は、偽りその他の不正行為により助成金の交付を受けた者があるときは、その者から当該助成した額の全部又は一部を返還させることができる。

(助成台帳)

第10条 知事及び保健福祉環境事務所等の長は、助成の状況を明確にするため、不妊治療費助成台帳（様式1号，様式3号）を備え付けるものとする。

(広報活動等)

第11条 知事及び保健福祉環境事務所等の長は、事業の実施にあたり、医師会、市町村その他関係機関等への周知を図るとともに十分な連携に努め、本事業の実施について協力を求めるものとする。また、対象者への積極的な広報活動に努めるものとする。

2 事業実施の関係者は、助成を受けようとする申請者が、安心して助成に関する相談が受けられるようプライバシーの保護に配慮するものとする。

第12条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し、必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、平成16年6月1日から施行し、平成16年4月1日から適用する。

不妊治療費助成事業申請書

受給者番号						
申請者	(ふりがな) 氏 名			生 年 月 日		
(ふりがな) 夫	()			昭和 平成	年 月 日 (歳)	
(ふりがな) 妻	()			昭和 平成	年 月 日 (歳)	
住 所 (* 1)	〒			電話 ()		
住 所 (* 2)	〒			電話 ()		
本 事 業 の 申 請 (右記について該当すのものに○)				初 回 ・ 2 回 目 (初年度) (2 年度目)		備考

上記のとおり関係書類を添えて、不妊治療費の助成を申請します。

平成 年 月 日

申請者 住 所

氏 名 夫 _____ 印 妻 _____ 印

(夫及び妻が自署及び押印)

福 岡 県 知 事 殿

注)

* 1: 夫婦の住所を記入する。

* 2: 夫婦の住所が異なる場合に記入する。

住所が異なる場合とは、単身赴任等の理由で、夫又は妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

3: 受給者番号の枠内は未記入のこと。

(添付書類)

- 1 福岡県不妊治療費助成事業受診等証明書
- 2 戸籍謄本又は外国人登録原票記載事項証明書
- 3 住民票謄本
- 4 夫及び妻の所得証明書（市町村発行）
- 5 指定医療機関発行の当該治療に係る領収書

保健福祉環境事務所等
受付印

不妊治療費助成事業申請書

受給者番号						
申請者	(ふりがな) 氏 名			生 年 月 日		
(ふりがな) 夫	()			昭和 平成	年 月 日 (歳)	
(ふりがな) 妻	()			昭和 平成	年 月 日 (歳)	
住 所 (* 1)	〒			電話 ()		
住 所 (* 2)	〒			電話 ()		
本 事 業 の 申 請 (右記について該当すのものに○)				初 回 ・ 2 回 目 (初年度) (2年度目)		備 考

上記のとおり関係書類を添えて、不妊治療費の助成を申請します。

平成 年 月 日

申請者 住 所

氏 名 夫 _____ 印 妻 _____ 印

(夫及び妻が自署及び押印)

福 岡 県 知 事 殿

児童家庭課受付印

不妊治療費助成事業台帳

受給者番号							
申請者	(ふりがな) 氏 名			生 年 月 日			
(ふりがな) 夫	()			昭和 平成	年	月	日 (歳)
(ふりがな) 妻	()			昭和 平成	年	月	日 (歳)
住 所 (*1)	〒 電話 ()						
住 所 (*2)	〒 電話 ()						
本 事 業 の 申 請 (右記について該当すのものに○)				初 回 ・ 2 回 目 (初年度) (2年度目)		備考	

申 請 書 受理年月日	医 療 保 険 適 用 外 自 己 負 担 額	承認・不承認 (年 月 日)	助 成 額	指定 医療機関名	治療期間
					開始 ----- 終了
平成 . .	円	承認・不承認 (年 月 日)	円		----- . .
平成 . .	円	承認・不承認 (年 月 日)	円		. ----- .
平成 . .	円	承認・不承認 (年 月 日)	円		. ----- .
平成 . .	円	承認・不承認 (年 月 日)	円		. ----- .

様式 2 号 (第 4 条関係)

受給者番号

--	--	--	--	--	--

福岡県不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、体外受精又は顕微授精以外の治療法によっては、妊娠の見込みがないか極めて少ないと思われるため、体外受精又は顕微授精による不妊治療を実施し、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。

平成 年 月 日

医療機関の名称

所在地

連絡先

主治医氏名

印

指定医療機関記入欄 (主治医記入)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
生 年 月 日		年 月 日		年 月 日
体外受精または顕微授精を必要とする理由				
治療内容				
※治療を中断した場合は、その経過についても記入してください。				
不妊治療種別	治療に要した期間		医療保険適用外 の自己負担額	備 考
体外受精・胚移植	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		円	
顕微授精・胚移植	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		円	
医療保険適用外の自己負担額合計 (入院費、食事代等治療に直接関係のない費用を除いた金額)			円	
社団法人日本産科婦人科学会の会告に基づく 登録医療機関としての該当治療項目に○を つけてください。			上記治療内容の一部を他の医療 機関に依頼した場合は、その医 療機関名を記入してください。 (注 1、2)	
1 体外受精・胚移植 2 顕微授精・胚移植				

注 1) 太線の枠内は、該当の医療機関がある場合のみ記入してください。

注 2) 自己負担額が 20 万円未満かつ該当の医療機関がある場合のみ、別途受診等証明書
(様式 2 号の 2) を必要とします。

(指定医療機関が依頼した医療機関用)

様式2号の2 (第4条関係)

受給者番号

--	--	--	--	--	--

福岡県不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、体外受精又は顕微授精による不妊治療を実施するにあたり、指定医療機関の依頼を受け実施した治療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。

平成 年 月 日

医療機関の名称

所在地

連絡先

主治医氏名

印

医療機関記入欄 (主治医記入)

治療の依頼を受けた 指定医療機関名					
(ふりがな) 受診者氏名	夫	()		妻	()
生 年 月 日		年 月 日			年 月 日
治療内容					
不妊治療種別	治療に要した期間		医療保険適用外 の自己負担額		備 考
体外受精・胚移植 に係る治療	平成 年 月 日から		円		
	平成 年 月 日まで				
顕微授精・胚移植 に係る治療	平成 年 月 日から		円		
	平成 年 月 日まで				
医療保険適用外の自己負担額合計 (入院費、食事代等治療に直接関係のない費用を除いた金額)			円		



16児 第 410 号

平成16年5月24日



社団法人 福岡県医師会長 殿

福岡県保健福祉部長
(児童家庭課母子保健係)



福岡県不妊専門相談センター事業実施要綱の制定について（通知）

母子保健事業の推進につきましては、日ごろから格別の御尽力をいただき深く感謝申し上げます。

このことについて、標記事業の円滑な実施を図るため別添の実施要綱を制定したので通知します。



福岡県不妊専門相談センター事業実施要綱

(目 的)

第1条 不妊に悩む夫婦又は不妊治療を求める夫婦に対して、不妊に関する医学的な相談や多様な心の悩みの相談に応じ、精神的なサポートを行うことで、心の悩みを軽減する。

(実施主体)

第2条 福岡県

(設置場所)

第3条 宗像保健福祉環境事務所、鞍手保健福祉環境事務所、久留米保健福祉環境事務所の3事務所に不妊専門相談センターを設置する。

(対象者)

第4条 福岡県（北九州市、福岡市を除く）に住所を有する、不妊に悩む夫婦または不妊治療を求める夫婦等を対象とする。

(事業内容)

第5条

1 相談事業

(1) 実施担当者

不妊治療に関する専門的知識を有する医師、助産師等により実施する。

(2) 実施方法

① 医師、助産師等による面接相談 （毎月1回、予約制）

② 不妊相談専用電話による電話相談

(3) 事業推進上の留意事項

実施場所としては、相談者のプライバシーが十分に保護されるよう独立した部屋を用いる等配慮するとともに、相談については、懇切丁寧に対応し、個々のケースに応じた助言を行う。

2 普及啓発事業

不妊相談を希望するものが、不妊専門相談センターについて容易に把握できるように、ポスター、リーフレットの作成・配布、広報誌掲載等を通じ周知徹底を図る。

(相談票等の記録・保存)

第6条 記録については、不妊専門相談票（様式1号、様式2号）を用い、その保管は保健福祉環境事務所長が行うこととし、保存期間は5年間とする。

(関係機関との連携)

第7条 本事業を実施するにあたっては、関係機関との連携を密にするとともに、その効果が十分に上がるように配慮する。

(事業の実績報告)

第8条 保健福祉環境事務所長は、事業に対する報告について、別添の報告書（様式3号）を翌年度の4月15日までに、児童家庭課長に報告する。

第9条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し、必要な事項は別に定める。

附 則

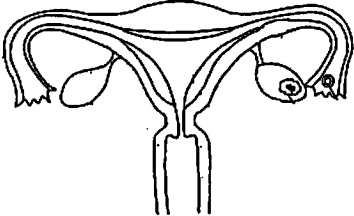
この要綱は平成16年6月1日から施行する。

不妊專門相談票

No

相談者	氏名	生年月日（S・H 年 月 日）		歳
	住所	電話（ - ）		職業
相談内容				
結婚歴	結婚年齢	歳		家族構成 本人 ○ — □ (歳)
月経歴	現在の婚姻期間	年間		
	初経年齢	歳,	閉経年齢	歳
	最終月経	年 / ~ /	(日間)	
	月経周期	日	型	
	月経日数	日間		
	量	(多・普通・少)		
	月経随伴症状	(なし あり (腰痛 下腹部痛 その他))		
妊娠 出産歴	妊娠歴	なし	あり	
	妊娠回数	回		妊娠中、分娩中の異常
	出産回数	回		なし
	流産（自然	回,	人工	あり ()
	早産	回	死産	産褥期の異常
				なし
				あり ()
既往歴	婦人科疾患	なし	あり ()	
	その他の疾患	なし	あり ()	
	不妊治療歴	年 ~ 年		
	なし			
	あり	{ 治療期間 治療内容 受診機関		
嗜好等	アルコール	なし	あり (ml / 回, 回 / w)	
	喫煙	なし	あり (本 / 日)	
	薬物常用	なし	あり (睡眠剤・鎮静剤・その他)	
	記入者 ()			

様式1号の2

相談者氏名						
相談年月日	年	月	日	時 間	:	~ :
相談担当者	氏 名 職 種					
相談の状況						
対応内容						
今後の計画	1 終了 2 継続相談（ か月後） 3 医療機関紹介（ 機関名 ） 担当医師氏名：					
備考						

不妊専門相談票

事務所名 _____
受付番号 _____

フェイスシート

受付年月日	年	月	日	時 間	:	~	:	(分)
氏 名	男・女			年 齢	歳	既婚・未婚		
職 業	1 家事専業	2 パートタイマー	3 フルタイム	4 その他()				
地域区分	1 福岡ブロック	2 筑豊ブロック	3 筑後ブロック	4 その他()				
情報経路	1 新聞	2 本・雑誌	3 知人	4 保健福祉環境事務所	5 病院等	6 インターネット	7 その他	
相談者	1 本人	2 パートナー	3 実母	4 実父	5 実兄弟姉妹	6 義父母	7 友人	8 その他

主な相談項目	1 医療情報	2 治療の悩み	3 治療以外の悩み	4 その他
--------	--------	---------	-----------	-------

1 医療情報		2 治療の悩み		収集情報の整理		
1	検査	1	治療に対する迷い	子ども	1有()人 2 無 3 妊娠診断まち	
2	薬	2	不妊に対する不安	不妊の原因	1 男性 2 女性 3 双方 4 機能性不妊 5 不明 6 その他	
3	人工授精(AIH)	3	費用	検査の状況	1 双方とも済 2 女性済 3 男性済 4 検査中 5 未	
4	人工授精(AID)	4	仕事との両立		現在の様子	1 通院中 2 通院していない 3 通院開始を検討中
5	体外受精	5	病院への不満			同居年数 _____ 年 通院期間 _____ 年 避妊していない期間 _____ 年 備 考 _____
6	顕微授精	6	その他	3 治療以外の悩み		
7	男性不妊	1	自分自身のこと			
8	代理母・卵提供	2	パートナーとのこと			
9	病院情報	3	周囲との人間関係			
10	習慣性流産	4	妊娠・出産・育児			
11	セックス	5	養子について			
12	月経・基礎体温など	6	子どものいない人生			
13	子宮内膜症・筋腫など	7	その他			
14	その他					

相談内容
Q.

A.

残された問題・引き継ぎ事項等・その他のコメント

1 初回相談	2 再相談(回目)	担当者
--------	------------	-----

様式 3 号

保 第 号
平成 年 月 日

保健福祉部児童家庭課長 殿

保健福祉環境事務所長

平成 年度福岡県不妊専門相談センター事業実績報告書

このことについて、次のとおり報告いたします。

1 不妊専門相談（面接相談）

開 催 回 数	面接相談実施者	相 談 人 員	
		実 人 員	延 人 員
回		人	人

（＊相談内容は様式 1 号不妊専門相談票写しのとおり）

2 不妊専用電話相談

相 談 人 員		主 な 相 談 内 容 （重複あり）			
実人員	延人員	医療情報	治療の悩み	治療以外の悩み	その他
人	人	件	件	件	件