

福県医発第 1155号 (地)

平成16年10月 1日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 竹 嶋 康 弘



長崎県における特定不妊治療費助成事業の実施について

秋冷の候 貴職益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、このたび標記の件につきまして、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、当該事業給付申請者より別紙様式による医療実施証明書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、指定申請・記載等につきましてご不明な点がある場合は、長崎県児童家庭課母子保健班（TEL 095-824-3622）へお尋ねくださいますようお願いいたします。

小郡三井医師会より

担当理事 毛利康茂



16児家第 575号
平成16年9月17日

各都道府県医師会長 様

長崎県福祉保健部長



長崎県特定不妊治療費助成事業の実施について（通知）

本県の母子保健行政の推進につきましては、格別のご協力をいただき感謝申し上げます。

さて、長崎県では、平成16年10月1日から特定不妊治療費助成事業を実施するところです。

つきましては、本事業実施要綱をお送りいたしますのでご査収願います。

なお、本県におきましては、社団法人日本産科婦人科学会に登録している県内外すべての医療機関のうち、申請があった医療機関について知事が指定をすることにしておりますので、ご理解とご協力をいただきますようお願い申し上げます。

特に本県在住の方が治療を受けられる医療機関につきましては、お手数とは存じますが、指定のための申請手続きを取っていただくようご周知願います。

記

【添付資料】

1. 長崎県特定不妊治療費助成事業実施要綱
2. 啓発用リーフレット

児童家庭課 母子保健班 担当 小田
TEL 095-824-3622（直通）
FAX 095-825-6470
e-mail : sayuri-oda@pref.nagasaki.lg.jp



長崎県告示第1087号

長崎県特定不妊治療費助成事業実施要綱を次のように定め、平成16年度の予算に係る助成金から適用する。

平成16年 9月17日

長崎県知事 金子 原二郎

長崎県特定不妊治療費助成事業実施要綱

(趣旨)

第1条 県は、不妊治療のうち、体外受精及び顕微授精（以下「特定不妊治療」という。）については、1回の治療費が高額であり、かつ、医療保険の適用外であるため、その治療に要する費用の一部を助成し、もって経済的負担の軽減を図るため、特定不妊治療を行う夫婦に対して、予算の定めるところにより、特定不妊治療費（以下「不妊治療費」という。）を助成するものとし、その助成については、長崎県補助金等交付規則（昭和40年長崎県規則第16号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、この要綱の定めるところによる。

(助成対象者)

第2条 不妊治療費の助成を受けられる者は、特定不妊治療を受けた法律上の婚姻をしている夫婦で、次の各号のいずれにも該当するもののうち、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか、又は極めて少ないと医師に診断されたものとする。

(1) 特定不妊治療を終了した日に、夫婦の双方又は一方が長崎県内（長崎市を除く。）に居住していること。

(2) 夫婦の前年の所得（1月から5月までの申請については前々年の所得）の合計額が650万円未満であること。

2 前項第2号の所得の範囲及び額の計算方法は、児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第2条及び第3条の規定の例による。

(助成対象治療)

第3条 助成対象治療は、第6条の規定により知事が指定する医療機関（以下「指定医療機関」という。）において行った特定不妊治療とし、医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中断した場合についても助成の対象とする。ただし、次に掲げる場合は、この限りでない。

(1) 夫婦以外の第三者からの精子、卵子及び胚の提供による不妊治療による場合

(2) 代理母（妻が卵巣と子宮を摘出したこと等により、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し出産するもの）による場合

(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し出産するもの）による場合

(助成の額及び助成期間)

第4条 助成金の額は、一夫婦に対し、当該夫婦が当該年度に指定医療機関に支払っ

た不妊治療費の額と10万円とを比較して少ない方の額とし、通算2年間を限度に助成する。

（助成の申請及び決定）

第5条 助成を受けようとする者は、治療が終了した日の属する年度内に、特定不妊治療費助成事業申請書（様式第1号）に、指定医療機関が発行する特定不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）その他の申請書に掲げる書類を添えて、居住地を管轄する保健所長を経由して、知事に提出しなければならない。

2 知事は、速やかに審査を行い、助成の可否及び金額について管轄する保健所長を経由して、申請者に通知する。

（指定医療機関の指定等）

第6条 指定医療機関は、生殖補助医療の実施機関として社団法人日本産科婦人科学会に登録した施設のうちから、知事が指定する。

2 指定を受けようとする者は、特定不妊治療実施医療機関指定申請書（様式第3号）を知事に提出しなければならない。

3 知事は、指定医療機関に対し、必要と認めるときは、この事業の実施に必要な調査を行い、又は報告を求めることができる。

4 知事は、指定医療機関に助成対象治療を担当させるについて著しく不当であると認められる事由があるときは、その指定を取り消すことができる。

（助成金の返還）

第7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、その者に対し当該助成した額の全部又は一部の返還を命じることができる。

（秘密の保持）

第8条 指定医療機関は、対象者本人に与える精神的影響等を考慮し、秘密の保持については慎重に配慮しなければならない。

（雑則）

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

様式第1号（第5条関係）

特定不妊治療費助成事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

		(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日			
	夫	()		年 月 日 (歳)			
	妻	()		年 月 日 (歳)			
	住所(※1)	〒		電話 ()			
	住所(※2)	〒		電話 ()			
申請者(夫) (妻) 氏名 _____ 印 _____ 印 (夫及び妻が自署もしくは記名押印) 申 請 額 金 _____ 円 平成 年 月 日 長崎県知事 様							
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所					
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()			
	口座番号					(左詰記入)	
申請受理年月日				(承認・不承認) 決定年月日			
受給者番号							

注) 太枠の中をご記入ください。

※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、単身赴任等で夫と妻が異なる住所を有する場合をいう。

(添付書類)

1. 特定不妊治療費助成事業受診等証明書
2. 指定医療機関が発行する領収書
3. 住民票謄本（続柄の記載のあるもの）

※ご夫婦が別世帯の場合は夫及び妻の住民票抄本、外国人の方
方は外国人登録原票記載事項証明が必要です。

4. 夫及び妻の所得額を証明する書類（児童手当用）

※所得証明書に給与所得の記載がない場合は、源泉徴収書または所得証明書（一般用）が必要になります。

保健所受付印

児童家庭課受付印

様式第2号 (第5条関係)

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--

特定不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これに係る保険対象外の医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
○当該患者が過去に行った不妊治療について該当個所に記入してください。 ・タイミング療法（実施・未実施） ・排卵誘発法（実施・未実施） ・人工授精（実施・未実施） ・体外受精（実施・未実施） ・顕微授精（実施・未実施） ・手術療法（実施・未実施） ・その他 () ○特定不妊治療を必要とした理由についてご記入ください。				
今回の治療方法	(1. 体外受精 2. 顕微授精) 該当する番号に○をつけてください			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
○今回の治療内容について記入して下さい。(※)				
領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額 _____ 円				

(※) 治療を中断した場合は、その経過についても記入して下さい。

様式第3号 (第6条関係)

特定不妊治療実施医療機関指定申請書

年 月 日

長崎県知事 様

住 所

医療機関名

開設者名 印

長崎県特定不妊治療費助成事業実施要綱に基づき、指定医療機関の指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

日本産科婦人科学会登録状況	1 体外受精・胚移植及び配偶子卵管内移植の臨床実施に関する登録	登録 年 月
	2 顕微授精の臨床実施に関する登録	登録 年 月
	3 ヒト胚及び卵の凍結保存と移植に関する登録	登録 年 月
凍結保存管理施設の有無	いずれかに○を記入 有 ・ 無	

特定不妊治療費助成事業が始まります

県では、医療保険が適用されない特定不妊治療（体外受精・顕微授精）の経費の一部を平成16年10月1日から助成します

★助成を受けることができる方

法律上の婚姻をしているご夫婦で、次の要件にすべて該当する方が対象になります。

- ①ご夫婦の両方またはどちらか一方が県内にお住まいの方。
（ただし、長崎市にお住まいの方は、市が助成を行います。）
- ②前年のご夫婦の所得の合計額が650万円未満の方。（注：裏面）
- ③県が指定する医療機関で、平成16年4月1日以降に特定不妊治療を始められた方。（裏面）

★助成の内容

1年度あたり10万円を上限として、通算2年間助成します。

★申請に必要な書類

- ①特定不妊治療費助成事業申請書
- ②特定不妊治療費助成事業受診等証明書（指定医療機関が発行）
- ③領収書（指定医療機関が発行）
- ④住民票謄本（続柄の記載のあるもの）
- ⑤夫及び妻の所得証明書（児童手当用）

※ご夫婦が別世帯の場合は夫及び妻の住民票抄本、外国人の方は、外国人登録原票記載事項証明書が必要です。

※所得証明書に給与所得の記載がない場合は、源泉徴収書または所得証明書が必要になります。

★申請及び問い合わせ窓口

管轄の保健所（佐世保市居住の方は、佐世保市役所子育て家庭課）へ提出してください。

※長崎市に居住されている方は、長崎市保健部地域保健課にご確認下さい。

※治療が終了した日の属する年度の末日（3月31日）までに提出してください。

★県では、不妊に関する相談も受け付けています。（裏面を参照してください）



長崎県福祉保健部

○申請及び問い合わせ窓口

西 彼 保 健 所	TEL 095-856-0691
県 央 保 健 所	TEL 0957-26-3304
県 南 保 健 所	TEL 0957-62-3287
県 北 保 健 所	TEL 0950-57-3933
五 島 保 健 所	TEL 0959-72-3125
上 五 島 保 健 所	TEL 0959-42-1121
彦 岐 保 健 所	TEL 09204-7-0260
対 馬 保 健 所	TEL 09205-2-0166
佐世保市役所子育て家庭課	TEL 0956-24-1111

※長崎市保健部地域保健課

TEL 095-829-1153

○指定医療機関(※長崎県内で日本産科婦人科学会へ登録されている医療機関)

登録施設名	住 所	電 話
岡本ウーマンズクリニック	長崎市江戸町7-1	095-820-2864
産科・婦人科 うしまるレディースクリニック	長崎市川口町10-10	095-849-0888
みやむら女性のクリニック	長崎市川口町1-1-108	095-849-5507
長崎大学医学部・歯学部附属病院 産婦人科	長崎市坂本1-7-1	095-849-7361
山下レディースクリニック	佐世保市島瀬町4-19 ハートハウジングビル3F	0956-25-5001
国家公務員共済組合連合会佐世保 共済病院産婦人科	佐世保市島地町10-17	0956-22-5136

※県外の指定医療機関は、申請窓口にご確認ください

(注) ご夫婦の合算の所得額が650万円未満の方が助成の対象となりますが、所得の額の計算方法については児童手当法施行令第3条を準用することになりますので居住されている市町村へお尋ね下さい。

○不妊相談(不妊相談サポートセンター)

西 彼 保 健 所	TEL 095-856-0691
県 央 保 健 所	TEL 0957-26-3304
県 南 保 健 所	TEL 0957-62-3287
県 北 保 健 所	TEL 0950-57-3933
五 島 保 健 所	TEL 0959-72-3125
上 五 島 保 健 所	TEL 0959-42-1121
彦 岐 保 健 所	TEL 0920-47-0260
対 馬 保 健 所	TEL 0920-52-0166