



福岡県医第591号(地)
平成23年 6月 2日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

福岡県不妊治療費助成事業実施要綱の改正について

標記の件につきまして、福岡県保健医療介護部健康増進課より別紙のとおり通知がありましたのでご連絡いたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただきますようお願い申し上げます。

なお、

- 1) 今回の改正の要点は下記のとおりです。
- 2) 福岡県産婦人科医会に対しまして、関係医療機関への周知を依頼しておりますことを申し添えます。

記

○ 改正の要点

1. 事業名の改正

【改正前】：福岡県不妊治療費助成事業

【改正後】：福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業

※国の事業名変更に伴う改正

2. 助成回数、助成期間の改正

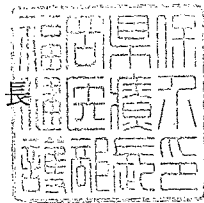
【改正前】：1年度あたり2回を限度とし、助成期間は通算5年度とする。

【改正後】：1年度目は年3回まで、2年度目以降は年2回を限度とし、助成期間は通算5年度とする。ただし、通産10回を超えない。

平成23年5月26日

福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(健康増進課母子保健係)



福岡県不妊治療費助成事業実施要綱の改正について（通知）

このことについて、下記のとおり改正しましたので通知します。改正の要点は、下記1のとおりです。

記

1 改正の要点

○事業名の変更

【改正前】 福岡県不妊治療費助成事業

【改正後】 福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業

＊国の事業名の変更に伴う変更

○助成回数、助成期間について

【改正前】 1年度あたり2回を限度とし、助成期間は通算5年度とする。

【改正後】 1年度目は年3回まで、2年度目以降年2回を限度とし、助成期間は通算5年度とする。ただし、通算10回を超えない。

2 福岡県不妊治療費助成事業実施要綱新旧対照表
別添のとおり

3 福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱（改正後全文）
別添のとおり

問い合わせ
健康増進課 母子保健係
担当 荒巻
092-643-3307

新	旧
<u>福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱</u> 第1条 ～ 第4条（略） （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。）は、1回の治療につき、1夫婦15万円まで、<u>1年度目は年3回まで、2年度目以降年2回を限度とし、助成期間は通算5年度とする。ただし、通算10回を超えない。</u> （助成の申請） 第6条 助成を受けようとする夫婦（以下、「申請者」という。）は、原則として、治療が終了した日又は中断日の属する年度内に申請するものとする。ただし、やむをえず年度内に申請できない場合は、翌年度の4月10日までに申請するものとする。 2 申請者は、<u>福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書</u>（様式第1号）（以下、「申請書」という。）に、次に掲げる書類を添えて、居住地を管轄する保健福祉環境事務所長または保健福祉事務所長（大牟田市にあっては保健所長）（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。ただし、前回申請時に提出した（2）、（4）の書類で、それぞれの発行日から3ヶ月以内のものは、添付を省略することができる。 （1）<u>福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書</u>（様式第2号）及び指定医療機関が発行した当該治療に要した費用に係る領収書 （2）～（5）（略） 3（略） 第7条 ～ 第9条（略）	<u>福岡県不妊治療費助成事業実施要綱</u> 第1条 ～ 第4条（略） （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。）は、1回の治療につき、1夫婦15万円まで、<u>1年度あたり2回を限度とし、助成期間は通算5年度とする。</u> （助成の申請） 第6条 助成を受けようとする夫婦（以下、「申請者」という。）は、原則として、治療が終了した日又は中断日の属する年度内に申請するものとする。ただし、やむをえず年度内に申請できない場合は、翌年度の4月10日までに申請するものとする。 2 申請者は、<u>不妊治療費助成事業申請書</u>（様式第1号）（以下、「申請書」という。）に、次に掲げる書類を添えて、居住地を管轄する保健福祉環境事務所長または保健福祉事務所長（大牟田市にあっては保健所長）（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。ただし、前回申請時に提出した（2）、（4）の書類で、それぞれの発行日から3ヶ月以内のものは、添付を省略することができる。 （1）<u>不妊治療費助成事業受診等証明書</u>（様式第2号）及び指定医療機関が発行した当該治療に要した費用に係る領収書 （2）～（5）（略） 3（略） 第7条～第9条（略）

新	旧
(医療機関の指定等) 第10条 知事は、<u>公益社団法人日本産科婦人科学会</u>(以下「学会」という。)の会告等に定める要件を満たし「学会見解に基づく諸登録施設」として登録されている医療機関、又は学会の会告等に定める要件を満たしていると認められる医療機関であつて、<u>福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業の実施医療機関</u>における設備・人員等の指定要件に関する福岡県の基準(別紙)を満たす医療機関の申請により指定医療機関の指定を行うものとする。指定にあたっては、有識者の意見を徴することができる。 2～12 (略) (助成台帳) 第11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、<u>福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業台帳(様式第3号)</u>を備え付けるものとする。 第12条 ～ 第13条 (略)	(医療機関の指定等) 第10条 知事は、<u>社団法人日本産科婦人科学会</u>(以下「学会」という。)の会告等に定める要件を満たし「学会見解に基づく諸登録施設」として登録されている医療機関、又は学会の会告等に定める要件を満たしていると認められる医療機関であつて、<u>不妊治療費助成事業の実施医療機関</u>における設備・人員等の指定要件に関する福岡県の基準(別紙)を満たす医療機関の申請により指定医療機関の指定を行うものとする。指定にあたっては、有識者の意見を徴することができる。 2～12 (略) (助成台帳) 第11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、<u>不妊治療費助成台帳(様式第1号、様式第3号)</u>を備え付けるものとする。 第12条～第13条 (略)

新

様式第1号

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書

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 申請回数等	過去の申請年度()年度 本年度申請[]回目			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 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 太枠の中のみ記入してください

(添付書類)

- 1 福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業
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

事務所受付印	県庁健康増進課印

旧

様式第1号

不妊治療費助成申請書

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 申請回数等	過去の申請年度()年度 本年度申請[]回目			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 氏名 夫 印 妻 印					
(夫及び妻が自署及び押印)					
福岡県知事 殿					
本庁受理年月日	年 月 日		承認・不承認	年 月 日	
医療保険適用外自己負担額	円		助成額	円	
治療方法	体外・顕微	治療ステージ		治療期間	~
指定医療機関名					
日本産婦人科学会UMIN随別調査票の有無			有一症例登録番号		
			・無		

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 太枠の中のみ記入してください

(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

事務所受付印	県庁健康増進課印

新

様式第2号（第4条関係）

受給者番号

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

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書

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。

医療機関の名称

平成 年 月 日

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
今回の治療方法		A B C D E F		
1. 体外受精 (該当する番号に○を付けてください。)		2. 顕微授精 (該当する番号に○を付けてください。)		
該当する記号（注参照）に○を付けてください。				
治療内容				
今回の治療期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日			
日本産科婦人科学会 UMIN個別調査票 登録の有無	有 → 症例登録番号※		無	
領 収 金 額	今回の治療にかかった金額合計（保険外診療に限る） 領収金額 円			
備 考				

※）上記治療内容の一部を他の医療機関に依頼した場合及び院外処方による投薬がある場合も助成対象になります。（備考欄に記載）

※）日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票に登録した症例登録番号を転記して下さい。

（注）助成対象となる治療は次のいずれかに相当するものです。

- A 新鮮胚移植を実施
B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を改善するために1～3周期の間隔をあげた後に胚移植を行うとの治療方針に基づき一連の治療を行った場合）
C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
E 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止
F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止

（注）採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。
詳細については、「別添 体外受精・顕微授精の治療ステージと助成対象範囲」を参照

旧

様式第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。

医療機関の名称

平成 年 月 日

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
今回の治療方法		A B C D E F		
1. 体外受精 (該当する番号に○を付けてください。)		2. 顕微授精 (該当する番号に○を付けてください。)		
該当する記号（注参照）に○を付けてください。				
治療内容				
今回の治療期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日			
日本産科婦人科学会 UMIN個別調査票 登録の有無	有 → 症例登録番号※		無	
領 収 金 額	今回の治療にかかった金額合計（保険外診療に限る） 領収金額 円			
備 考				

※）上記治療内容の一部を他の医療機関に依頼した場合及び院外処方による投薬がある場合も助成対象になります。（備考欄に記載）

※）日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票に登録した症例登録番号を転記して下さい。

（注）助成対象となる治療は次のいずれかに相当するものです。

- A 新鮮胚移植を実施
B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を改善するために1～3周期の間隔をあげた後に胚移植を行うとの治療方針に基づき一連の治療を行った場合）
C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
E 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止
F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止

（注）採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。
詳細については、「別添 体外受精・顕微授精の治療ステージと助成対象範囲」を参照

新

様式第2号の2（第4条関係）
（指定医療機関が依頼した医療機関用）

受給者番号

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書

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		
	平成 年 月 日まで	円	
顕微授精・胚移植 に係る治療	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	

旧

様式第2号の2（第4条関係）
（指定医療機関が依頼した医療機関用）

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		
	平成 年 月 日まで	円	
顕微授精・胚移植 に係る治療	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	

新

— 118 —

受給者 番号	申請者				事務所 申請受理日	承認 年月日	住所	医療保険適用外 の自己負担額	助成額	治療内容	治療期間	指定 医療機関名	UMIN 登録番号
		漢字氏名	カナ氏名	生年月日									
1		夫									開始		E
		妻									終了		
2		夫									開始		E
		妻									終了		
3		夫									開始		E
		妻									終了		
4		夫									開始		E
		妻									終了		
5		夫									開始		E
		妻									終了		
6		夫									開始		E
		妻									終了		
7		夫									開始		E
		妻									終了		

[illegible][illegible]

新

様式第4号

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業 実施医療機関指定申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

医療機関の名称

所在地

代表者氏名

印

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱に基づき、実施医療機関の指定を受けたいので申請します。

指 定 事 項	体外受精	顕微授精
標榜診療科目	産婦人科	産 科 婦人科
治療従事者の状況	体外受精 顕微授精に係る 従事者	医師 人(常勤 人・非常勤 人) 助産師 人 看護師 人 胚培養士 人 その他 人(職種)
	実施責任者 職名及び氏名	職名 氏名
日本産科婦人科学会登録状況	体外受精・胚移植の臨床実施 に関する登録	登録 年 月 日
	顕微授精・胚移植の臨床実施 に関する	登録 年 月 日
治 療 実 績 (過去1年分)	体 外 受 精	治療を行った患者数 人 妊娠数(胎嚢が確認されたもの) 人 出生児数 人
	顕 微 授 精	治療を行った患者数 人 妊娠数(胎嚢が確認されたもの) 人 出生児数 人

*指定事項欄は、該当治療方法を○で囲んでください。

*様式4号の2および様式4号の3を添付すること。

旧

様式第4号

福岡県不妊治療費助成事業 実施医療機関指定申請書

年 月 日

福岡県知事

麻生 渡 殿

医療機関の名称

所在地

代表者氏名

印

福岡県不妊治療費助成事業実施要綱に基づき、実施医療機関の指定を受けたいので申請します。

指 定 事 項	体外受精	顕微授精
標榜診療科目	産婦人科	産 科 婦人科
治療従事者の状況	体外受精 顕微授精に係る 従事者	医師 人(常勤 人・非常勤 人) 助産師 人 看護師 人 胚培養士 人 その他 人(職種)
	実施責任者 職名及び氏名	職名 氏名
日本産科婦人科学会登録状況	体外受精・胚移植の臨床実施 に関する登録	登録 年 月 日
	顕微授精・胚移植の臨床実施 に関する	登録 年 月 日
治 療 実 績 (過去1年分)	体 外 受 精	治療を行った患者数 人 妊娠数(胎嚢が確認されたもの) 人 出生児数 人
	顕 微 授 精	治療を行った患者数 人 妊娠数(胎嚢が確認されたもの) 人 出生児数 人

*指定事項欄は、該当治療方法を○で囲んでください。

*様式4号の2および様式4号の3を添付すること。

新

様式第 5 号

平成 年 月 日
第 号

殿

福 岡 県 知 事
(健康増進課)福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施医療機関 (指定・更新) について (通知)

平成 年 月 日付で申請のありました福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施医療機関の指定について、下記のとおり (指定・更新) しましたので通知します。

なお、指定内容に変更が生じた場合は、速やかに報告願います。

記

<u>福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施医療機関</u>		指定番号	N o .
医療機関名			
所 在 地			
代表者氏名			
対象治療法			
指定年月日	平成 年 月 日 (指定年月日から3年間有効)		
適用開始期日	平成 年 月 日		
日本産科婦人科学会登録状況	体外受精・胚移植の臨床実施に関する登録	登 録 年 月 日 平成 年 月 日	
	体外受精・胚移植の臨床実施に関する登録	登 録 年 月 日 平成 年 月 日	

旧

様式第 5 号

平成 年 月 日
第 号

殿

福 岡 県 知 事
(健康増進課)福岡県不妊治療費助成事業実施医療機関 (指定・更新) について (通知)

平成 年 月 日付で申請のありました福岡県不妊治療費助成事業実施医療機関の指定について、下記のとおり (指定・更新) しましたので通知します。

なお、指定内容に変更が生じた場合は、速やかに報告願います。

記

<u>福岡県不妊治療費助成事業指定医療機関</u>		指定番号	N o .
医療機関名			
所 在 地			
代表者氏名			
対象治療法			
指定年月日	平成 年 月 日 (指定年月日から3年間有効)		
適用開始期日	平成 年 月 日		
日本産科婦人科学会登録状況	体外受精・胚移植の臨床実施に関する登録	登 録 年 月 日 平成 年 月 日	
	体外受精・胚移植の臨床実施に関する登録	登 録 年 月 日 平成 年 月 日	

新

様式第 5 号の 2

第 号
平成 年 月 日

殿

福 岡 県 知 事
(健康増進課)

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施医療機関 (指定・更新) について (通知)

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱第 1 0 条第 2 項の規定により、
下記のとおり (指定・更新) しましたので通知します。
なお、指定内容に変更が生じた場合は、速やかに報告願います。

治療法

指定期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

旧

様式第 5 号の 2

第 号
平成 年 月 日

殿

福 岡 県 知 事
(健康増進課)

福岡県不妊治療費助成事業実施医療機関 (指定・更新) について (通知)

福岡県不妊治療費助成事業実施要綱第 1 0 条第 2 項の規定により、下記のとおり
(指定・更新) しましたので通知します。
なお、指定内容に変更が生じた場合は、速やかに報告願います。

治療法

指定期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

新	旧
様式第 6 号 第 号 平成 年 月 日 殿 福 岡 県 知 事 <u>福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業</u> 実施医療機関指定不承認決定通知書 平成 年 月 日付で申請のあった、福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施医療機関の 申請について、不承認としたので通知いたします。 不承認とした理由_____のため	様式第 6 号 第 号 平成 年 月 日 殿 福 岡 県 知 事 麻生 渡 <u>福岡県不妊治療費助成事業実施医療機関指定不承認決定通知書</u> 平成 年 月 日付で申請のあった、福岡県不妊治療費助成事業実施医療機関の申請について、不承認としたので通知いたします。 不承認とした理由_____のため

新

様式第7号（略）

様式第8号

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業 実施医療機関変更届

年 月 日

福岡県知事 殿

医療機関の名称

所 在 地

代表者氏名

印

次の事項に変更があったので、福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業に係る指定医療機関の指定要領第10条第12項に基づき、届け出します。

記

変 更 事 由	変 更 前	変 更 後
医 療 機 関 の 名 称		
所 在 地		
不 妊 治 療 の 方 法		
上記以外の変更事項		
変 更 年 月 日		
変 更 理 由		

旧

様式第7号（略）

様式第8号

福岡県不妊治療費助成事業 実施医療機関変更届

年 月 日

福岡県知事 殿

医療機関の名称

所 在 地

代表者氏名

印

次の事項に変更があったので、福岡県不妊治療費助成事業に係る指定医療機関の指定要領第10条第12項に基づき、届け出します。

記

変 更 事 由	変 更 前	変 更 後
医 療 機 関 の 名 称		
所 在 地		
不 妊 治 療 の 方 法		
上記以外の変更事項		
変 更 年 月 日		
変 更 理 由		

新

様式第 8 号の 2

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業
指定医療機関の不妊治療休止（再開・廃止）届

年 月 日

福岡県知事 殿

医療機関の名称

所 在 地

代表者氏名 印

当該不妊治療を休止（再開・廃止）したので、福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業に係る指定医療機関の指定要領第 1 0 条第 1 2 項に基づき、届け出します。

記

届 出 事 項	休 止 ・ 再 開 ・ 廃 止
上 記 に 係 る 期 日	年 月 日

旧

様式第 8 号の 2

福岡県不妊治療費助成事業
指定医療機関の不妊治療休止（再開・廃止）届

年 月 日

福岡県知事 殿

医療機関の名称

所 在 地

代表者氏名 印

当該不妊治療を休止（再開・廃止）したので、福岡県不妊治療費助成事業に係る指定医療機関の指定要領第 1 0 条第 1 2 項に基づき、届け出します。

記

届 出 事 項	休 止 ・ 再 開 ・ 廃 止
上 記 に 係 る 期 日	年 月 日

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱

(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、県が、第3条の助成対象者に対して、及び第4条に規定する不妊治療について、第5条により算定される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、久留米市を除く)に居住しているもの
 - (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
 - (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730万円未満であるもの
- 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 第1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。

(助成対象治療等)

第4条 助成対象治療は、第10条の規定により知事が指定した医療機関(以下「指定医療機関」という。)によって行われた不妊治療とし、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
- 2 医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中止した場合についても、卵胞が発育しない等により卵子採取前に中止した場合を除き、助成の対象とする。ただし、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・出産するものをいう。)

(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・出産するものをいう。)

(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。)は、1回の治療につき、1夫婦15万円まで、1年度目は年3回まで、2年度目以降年2回を限度とし、助成期間は通算5年度とする。ただし、通算10回を超えない。

2 前項の「1回の治療」とは、採卵準備のための投薬開始から、体外受精または顕微授精1回に至る治療の過程をいう。以前に行った体外受精または顕微授精により作られた受精胚による凍結胚移植も1回の治療とみなす。

具体的には別添のAからFのいずれかにあてはまるものとする。G及びHは助成の対象としない。

3 他の自治体において助成を受けているときは、この要綱による助成を受けたものとみなして、前2項の規定を適用するものとする。

(助成の申請)

第6条 助成を受けようとする夫婦(以下、「申請者」という。)は、原則として、治療が終了した日又は中断日の属する年度内に申請するものとする。ただし、やむをえず年度内に申請できない場合は、翌年度の4月10日までに申請するものとする。

2 申請者は、福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書(様式第1号)(以下、「申請書」という。)に、次に掲げる書類を添えて、居住地を管轄する保健福祉環境事務所長または保健福祉事務所長(大牟田市にあっては保健所長)(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。ただし、前回申請時に提出した(2)、(4)の書類で、それぞれの発行日から3ヶ月以内のものは、添付を省略することができる。

(1)福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書(様式第2号)及び指定医療機関が発行した当該治療に要した費用に係る領収書

(2)婚姻の届け出をしている夫婦であることを証明する書類(住民票で確認できる場合は省略可)又は外国人登録原票記載事項証明書(3ヶ月以内に発行されたもの)

(3)夫及び妻の所得の額を証明する書類

(4)住民票の写し、その住所を確認できる書類(3ヶ月以内に発行されたもの)

(5)前各号に掲げるもののほか知事が必要と認める書類

3 保健福祉環境事務所長等は、前項に掲げる書類を受理したときは、その内容を審査し、第3条

及び第4条に該当することを確認のうえ、健康増進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決定したときは、その旨を、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、その旨を、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。

(医療機関の指定等)

第10条 知事は、公益社団法人日本産科婦人科学会(以下「学会」という。)の会告等に定める要件を満たし「学会見解に基づく諸登録施設」として登録されている医療機関、又は学会の会告等に定める要件を満たしていると認められる医療機関であって、福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業の実施医療機関における設備・人員等の指定要件に関する福岡県の基準(別紙)を満たす医療機関の申請により指定医療機関の指定を行うものとする。指定にあたっては、有識者の意見を徴することができる。

2 前項の規定にかかわらず他の都道府県又は、指定都市(地方自治法(昭和22年法律第67号)第252条の19第1項に規定する指定都市をいう。)若しくは中核市(同法第252条の22第1項に規定する中核市をいう。)の知事又は市長が、不妊治療を実施する医療機関として指定している場合は、本県が審査したものとみなして指定医療機関の指定を行うものとする。

3 第1項の申請は、様式第4号によるものとする。

4 第1項の指定は、3年ごとに更新を受けなければ、その期間の経過によって、効力を失う。

5 前項の更新の申請は、様式第4号によるものとする。

6 知事は、医療機関の開設者から指定医療機関の申請が提出されたときは、指定又は更新の適否を判断し、様式第5号又は様式第6号により申請者に通知しなければならない。

7 指定の更新がされたときは、その指定の有効期間は、従前の指定の有効期間の満了の日の翌日から起算するものとする。

8 知事は、指定医療機関を指定したときは、指定医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名等を広く県民に周知するものとする。

- 9 知事は、指定医療機関に対して、必要な調査又は報告を求めることができる。
- 10 指定医療機関の開設者は、毎年の不妊治療の実績を、様式第7号により知事に報告しなければならない。
- 11 知事は、指定医療機関に助成対象治療を行わせることについて、第1項の規定に定める基準に適合しなくなったとき、その他不妊治療を担当させることに対して著しく不適當であると認められる事由があるときは、再審査を行い、その指定を取り消すことができる。取り消しにあたっては、有識者の意見を徴することができる。
- 12 指定医療機関がその名称、所在地又は実施する不妊治療の内容を変更する場合は、様式第8号により、知事に届け出なければならない。不妊治療を休止、再開又は廃止する場合においても、同様とする。

(助成台帳)

第11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、福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業台帳(様式第3号)を備え付けるものとする。

(広報活動等)

第12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積極的な協力を求めるものとする。

また、不妊の要因は、加齢による妊孕力の低下や子宮内膜症など様々であり、その要因や不妊治療に関して、治療を行う夫婦のみならず、その家族や一般の者にも不妊治療に関する理解を深めるための普及啓発を図るなど、広く広報等を行うものとする。

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13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。

附 則

この要綱は、平成17年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成19年6月8日から施行し、改正後の「福岡県不妊治療費助成事業実施要綱」の規定は、平成19年4月1日から適用する。

(経過措置)

- 2 平成19年3月31日において、改正前の第4条第2項の指定を受けていた者は、平成19年4月1日に第10条の指定を受けたものとみなす。この場合において、指定の有効期間は、平成20年3月31日までとする。

附 則

この要綱は、平成20年3月28日から施行する。ただし、第3条第1項の改正規定及び第6条第1項の改正規定は、同年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成20年11月11日から施行し、平成20年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成21年8月12日から施行し、平成21年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成22年1月26日から施行し、平成21年10月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成22年7月27日から施行し、平成22年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成23年5月25日から施行し、平成23年4月1日から適用する。

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書

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 申請回数等	過去の申請年度(. 年度)				備考	
	本年度申請[] 回目					
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						
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 太枠の中のみ記入してください

(添付書類)

- 1 福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業
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

事務所受付印	県庁健康増進課印

受給者番号

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

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書

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。

医療機関の名称

平成 年 月 日

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
今回の治療方法		A B C D E F		
1. 体外受精 2. 顕微授精 (該当する番号に○を付けてください。)		該当する記号（注参照）に○を付けてください。		
治療内容				
今回の治療期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日			
日本産科婦人科学会 UMIN個別調査票 登録の有無	有 → 症例登録番号※			無
領 収 金 額	今回の治療にかかった金額合計〔保険外診療に限る〕 領収金額 _____ 円			
備 考				

※) 上記治療内容の一部を他の医療機関に依頼した場合及び院外処方による投薬がある場合も助成対象になります。(備考欄に記載)

※) 日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票に登録した症例登録番号を転記して下さい。

(注) 助成対象となる治療は次のいずれかに相当するものです。

- A 新鮮胚移植を実施
B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3周期の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合）
C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
E 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止
F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止

(注) 採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。

詳細については、「別添 体外受精・顕微授精の治療ステージと助成対象範囲」を参照

様式第2号の2 (第4条関係)

受給者番号

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

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書

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		

様式第3号

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業台帳

	受給者 番号	申請者				事務所 申請受理日	承認 年月日	住所	医療保険適用外 の自己負担額	助成額	治療内容	治療期間		指定 医療機関名	UMIN 登録番号
			漢字氏名	カナ氏名	生年月日										
1		夫										開始			E
		妻										終了			
2		夫										開始			E
		妻										終了			
3		夫										開始			E
		妻										終了			
4		夫										開始			E
		妻										終了			
5		夫										開始			E
		妻										終了			
6		夫										開始			E
		妻										終了			
7		夫										開始			E
		妻										終了			
8		夫										開始			E
		妻										終了			
9		夫										開始			E
		妻										終了			
10		夫										開始			E
		妻										終了			
11		夫										開始			E
		妻										終了			

[illegible]

様式第4号

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業 実施医療機関指定申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

医療機関の名称

所在地

代表者氏名

印

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱に基づき、実施医療機関の指定を受けたいので申請します。

指 定 事 項	体外受精	顕微授精
標榜診療科目	産婦人科	産 科 婦人科
治療従事者の状況	体外受精 顕微授精に係る 従事者	医師 人(常勤 人・非常勤 人) 助産師 人 看護師 人 胚培養士 人 その他 人(職種)
	実施責任者 職名及び氏名	職名 氏名
日本産科婦人科 学会登録状況	体外受精・胚移植の臨床実施 に関する登録	登録 年 月 日
	顕微授精・胚移植の臨床実施 に関する	登録 年 月 日
治 療 実 績 (過去1年分)	体 外 受 精	治療を行った患者数 人 妊娠数(胎嚢が確認されたもの) 人 出生児数 人
	顕 微 授 精	治療を行った患者数 人 妊娠数(胎嚢が確認されたもの) 人 出生児数 人

*指定事項欄は、該当治療方法を○で囲んでください。

*様式4号の2および様式4号の3を添付すること。

1 実施医療機関の具備すべき施設・設備基準

(1) 必ず有すべき施設

施設・設備	具備すべき条件	施設・設備の有無 または 要件どおりの管理の有無
採卵室・胚移植室	① 採卵室の設計は、原則として手術室仕様(注1)であること。 ② 清浄度は原則として手術室レベル(注2)であること。 ③ 酸素吸入器、吸引器、生体監視モニター、救急蘇生セットを備えていること。	① ・あり ・なし ② ・あり ・なし ③ ・あり ・なし
培養室	① 清浄度は原則として手術室レベル(注2)であること。 ② 培養室においては、手術着、帽子、マスクを着用することとし、入室時は手洗いをを行うこと。 ③ 職員不在時には、施錠すること。	① ・あり ・なし ② ・あり ・なし ③ ・あり ・なし
凍結保存設備	① 設備を設置した室は、職員不在時は施錠すること。	① ・あり ・なし
診察室・処置室	① 設置している。 *ただし、不妊の患者以外の患者と併用であってもさしつかえない。	① ・あり ・なし

(2) その他の望ましい施設・設備（実施医療機関が設置することが望ましいもの）

採精室	・あり ・なし
カウンセリングルーム	・あり ・なし
検査室 ※	・あり ・なし

※ 特に、精液検査、精子浮遊液の調整等、不妊治療に関する検査を行う設備を設置した室

(3) その他の要件

◎ 以下の①から⑦の要件をすべて満たしている はい ・ いいえ

- ① 自医療機関の不妊治療の結果による妊娠に関しては、妊娠から出産に至る全ての経過の把握および日本産科婦人科学会に対する報告を行っている医療機関であること。
- ② 自施設で分娩を取り扱わない場合には、妊娠した患者を紹介し、妊娠から出産に至る全ての過程について報告を受ける等、分娩を取り扱う他の医療機関と適切な連携をとること。
- ③ 本事業の実績・成果の把握のための調査に協力する医療機関であること。
- ④ 日本産科婦人科学会における個別調査票(治療から妊娠まで及び妊娠から出産後まで)の登録に協力する医療機関であること。
- ⑤ 倫理委員会を設置することが望ましい。その委員構成等については、日本産科婦人科学会の会告「生殖補助医療実施医療機関の登録と報告に関する見解」に準ずることとする。
ただし、自医療機関で十分な人員は確保できない場合には、他の医療機関・大学等に設置されている、上記会告に準じた倫理委員会に審査を委託してもよいこととする。
- ⑥ 医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)第1条の11に定められている、安全管理のための体制が確保されていること。

(参考1)

医療法施行規則第1条の11 病院等の管理者は、法第6条10の規定に基づき、次に掲げる安全管理のための体制を確保しなければならない(ただし、第2号については、病院、患者を入院させるための施設を有する診療所及び入所施設を有する助産所に限る。)

- ・ 医療に係る安全管理のための指針を整備すること。
- ・ 医療に係る安全管理のための委員会を開催すること。
- ・ 医療に係る安全管理のための職員研修を実施すること。
- ・ 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講ずること。

(参考2)

安全管理のための体制については、「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」(平成19年3月30日医政発第0330010号厚生労働省医政局長通知)の第2の1「医療の安全を確保するための措置について」を参照すること。

- ⑦ 財団法人日本医療機能評価機構の実施する医療事故情報収集等事業に登録・参加していることが望ましい。

2 実施医療機関の配置すべき人員の基準

(1)配置が必要な人員

人 員	要 件	条件を満たす人員
実施責任者(1名)	① 日本産科婦人科学会認定産婦人科専門医である者 ② 専門医取得後、不妊症診療に2年以上従事した者 ③ 日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設において1年以上勤務又は1年以上研修を受け、体外受精・胚移植の技術を習得した者 ④ 常勤である者 ・実施責任者の責務は次の通りとする。 (ア) 不妊治療に関する医療安全管理マニュアルの策定 (イ) 不妊治療を実施する施設・整備についての安全管理 (ウ) 不妊治療にかかる記録・情報等の管理	実施責任者は ①から④のすべてを満たしている ・はい ・いいえ
実施医師(1名以上)	実施責任者と同一人でも可	・あり ・なし
看護師(1名以上)		・あり ・なし

(2)配置が望ましい要員

要 員	配置(連携)が望ましい理由・要員の説明	配置(連携)の有無
泌尿器科医師	特に、精巣内精子生検採取法、精巣上体内精子吸引採取法等を実施する施設では泌尿器科医師との連携が取れるようにしておくことが重要である。	・連携あり ・連携なし
胚 培 養 士	配偶子、受精卵及び胚の操作・取扱い、並びに培養室、採精室及び移植室などの施設・器具の準備・保守の一切を実際に行う、生殖補助医療に精通した技術者	・配置あり ・配置なし
コーディネーター	患者(夫婦)が納得して不妊治療を受けることができるように、不妊治療の説明補助、不妊治療の選択の援助、不妊の悩みや不妊治療後の妊娠・出産のケア等、患者(夫婦)を看護の側面から支援する者	・配置あり ・配置なし
カウンセラー	心理学・社会学等に深い造詣を有し、臨床における心理カウンセリング又は遺伝カウンセリング等の経験を持ち、患者(夫婦)をカウンセリングの側面から支援できる技術を持つ者	・配置あり ・配置なし

3 その他

- 不妊治療にかかる記録については、保存期間を20年以上とするのが望ましい。

注1:「手術室仕様」の参考

医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)第20条第3項

手術室は、なるべく準備室を附設しじんあいの入らないようにし、その内壁全部を不浸透質のもので覆い、適当な暖房および照明の設備を有し、滅菌手洗いの設備を附設して有しなければならない。

注2:「手術室レベルの清浄度」の参考

清浄度クラス	名称	該当室	室内圧	微生物濃度
I	高度清潔区域	バイオクリーン手術室など	陽圧	10CFU/m ³ 以下
II	清潔区域	手術室	陽圧	200 CFU/m ³ 以下
III	準清潔区域	ICU, NICU, 分娩室	陽圧	200—500 CFU/m ³
IV	一般清潔区域	一般病室、診察室、材料部など	等圧	(500CFU/m ³ 以下)
V	汚染管理区 拡散防止区域	細菌検査室など トイレなど	陰圧 陰圧	(500CFU/m ³ 以下)

様式第5号

第 号
平成 年 月 日

殿

福岡県知事
(健康増進課)

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施医療機関(指定・更新)について(通知)

平成 年 月 日付で申請のありました福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施医療機関の指定について、下記のとおり(指定・更新)しましたので通知します。

なお、指定内容に変更が生じた場合は、速やかに報告願います。

記

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業 指定医療機関		指定番号	No.
医療機関名			
所在地			
代表者氏名			
対象治療法			
指定年月日	平成 年 月 日 (指定年月日から3年間有効)		
適用開始期日	平成 年 月 日		
日本産科婦人科学会登録状況	体外受精・胚移植の臨床 実施に関する登録	登録年月日 平成 年 月 日	
	体外受精・胚移植の臨床 実施に関する登録	登録年月日 平成 年 月 日	

様式第5号の2

第 号
平成 年 月 日

殿

福 岡 県 知 事
(健康増進課)

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施医療機関(指定・更新)について(通知)

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱第10条第2項の規定により、
下記のとおり(指定・更新)しましたので通知します。

なお、指定内容に変更が生じた場合は、速やかに報告願います。

治療法

指定期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

様式第6号

第 号
平成 年 月 日

殿

福岡県知事

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業
実施医療機関指定不承認決定通知書

平成 年 月 日付で申請のあった、福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施医療機関の申請について、不承認としたので通知いたします。

不承認とした理由 _____ のため

平成 年 月 日から平成 年 月 日の間に治療を開始した症例について、下記のとおり報告いたします。

福岡県知事 殿

平成 年 月 日

医療機関の名称

所在地 〒

報告者氏名

連絡先

()

印

記

1 不妊治療の実施の有無（該当するものに○）

体外受精	実施した	
	実施しなかった	

顕微授精	実施した	
	実施しなかった	

2 実施報告

	体外受精	顕微授精
患者総数		
治療周期総数		
採卵総回数		
移植総数		
妊娠数 ※1		
流産数		
多胎妊娠数		
双胎		
三胎		
四胎		
五胎以上		
生産分娩数 ※2		
出生児数 ※3		
妊娠後経過不明数 ※4		

- ※1 この場合、妊娠とは胎嚢が確認された症例を指し、妊娠反応のみ陽性の症例は含まない。
- ※2 多胎のうち1児でも生産したものは生産分娩とする。
- ※3 体外受精や顕微授精によって出生（生産）した児の総数。
- ※4 妊娠が確認されたが、妊娠経過を追跡できず、その帰結が不明であるもの。

様式第8号

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業 実施医療機関変更届

年 月 日

福岡県知事 殿

医療機関の名称

所在地

代表者氏名

印

次の事項に変更があったので、福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業に係る指定医療機関の指定要領第10条第12項に基づき、届け出します。

記

変更事由	変更前	変更後
医療機関の名称		
所在地		
不妊治療の方法		
上記以外の変更事項		
変更年月日		
変更理由		

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業
指定医療機関の不妊治療休止（再開・廃止）届

年 月 日

福岡県知事 殿

医療機関の名称

所 在 地

代表者氏名

印

当該不妊治療を休止（再開・廃止）したので、福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業に係る指定医療機関の指定要領第10条第12項に基づき、届け出します。

記

届 出 事 項	休 止 ・ 再 開 ・ 廃 止
上 記 に 係 る 期 日	年 月 日

別添 体外受精・顕微授精の治療ステージと助成対象範囲

治療内容		採 卵 ま で			採精（夫）	（前培養・媒精（顕微授精）・培養） 受精	胚 移 植						（胚移植のおおむね2週間後） 妊娠の確認	助成対象範囲
		（自然周期で行う場合もあり） 薬品投与（点鼻薬）	（自然周期で行う場合もあり） 薬品投与（注射）	採卵			新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植				
							胚移植	黄体期補充療法		（自然周期で行う場合もあり） 薬品投与	胚移植	黄体期補充療法		
平均所要日数		14日	10日	1日	1日	2～5日	1日	10日		7～10日	1日	10日	1日	
A	新鮮胚移植を実施												助成対象	
B	凍結胚移植を実施*													
C	以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施													
D	体調不良等により移植のめどが立たず治療終了													
E	受精できず または、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常授精等により中止													
F	採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止													
G	卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止													対象外
H	採卵準備中、体調不良等により治療中止													

* B: 採卵・受精後、1～3周期程度の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの当初からの治療方針に基づく治療を行った場合。