



福岡医発第61号(地)
平成25年 4月 5日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 松田 峻一良
(公 印 省 略)

山口県不妊治療（人工授精）費助成事業実施要綱の
一部改正について

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

今般、山口県不妊治療（人工授精）費助成事業実施要綱の一部を別添新旧
対照表のとおり改正された旨、山口県健康福祉部長より連絡がありましたの
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ご了知いただき、貴会会員へ
の周知方につきご高配賜りますようお願い申し上げます。

記

(改正点)

助成期間をこれまで通算2年間としていたところ、医師が必要と判断し、
2年を超えて人工授精を受けた対象者については、通算5年間まで延長する。

小郡三井医師会より

母子保健担当理事 松行眞門
会長 蒲池 壽

平 24 健康増進第 1713 号
平成 25 年(2013 年) 3 月 29 日

社団法人福岡県医師会長 様

山口県健康福祉部長



山口県不妊治療（人工授精）費助成事業実施要綱の一部改正について（通知）

母子保健事業の推進につきましては、平素から格別の御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、このたび、山口県不妊治療（人工授精）費助成事業実施要綱の一部を別添新旧対照表のとおり改正しましたのでお知らせします。

つきましては、本事業の推進に今後とも御協力いただきますようお願いいたします。

（改正点）

助成期間をこれまで通算 2 年間としていたところ、医師が必要と判断し、2 年を超えて人工授精を受けた対象者については、通算 5 年間まで延長する。

健康増進課
母子保健・感染症班
担当 伊藤
TEL:083-933-2947
FAX:083-933-2969



「山口県不妊治療（人工授精）費助成事業実施要綱」新旧対照表

新	旧
山口県不妊治療（人工授精）費助成事業実施要綱 第1条～第3条（略） （助成の範囲） 第4条 県は、対象者が人工授精を受けた日の属する年度ごとに、対象者が負担した人工授精費用に対して、1年度当たり3万円を限度に、<u>通算5年間助成する。</u> <u>ただし、3年目以降は、医師が必要と判断し、2年を超えて人工授精を受けた対象者に限る。</u> 第5条～第7条（略） 附 則 この要綱は、平成23年 4月 1日から施行する。 <u>附 則</u> <u>この要綱は、平成25年 4月 1日から施行する。</u>	山口県不妊治療（人工授精）費助成事業実施要綱 第1条～第3条（略） （助成の範囲） 第4条 県は、対象者が人工授精を受けた日の属する年度ごとに、対象者が負担した人工授精費用に対して、1年度当たり3万円を限度に、<u>通算2年間助成する。</u> 第5条～第7条（略） 附 則 この要綱は、平成23年 4月 1日から施行する。

新												旧															
別記第1号様式												別記第1号様式															
平成 年 月 日												平成 年 月 日															
山口県不妊治療(人工授精)費助成事業申請書												山口県不妊治療(人工授精)費助成事業申請書															
山口県知事												山口県知事															
様												様															
申請者												申請者															
氏名(夫)												氏名(夫)															
氏名(妻)												氏名(妻)															
(夫及び妻が記名押印)												(夫及び妻が記名押印)															
関係書類を添えて下記のとおり人工授精費用の助成を申請します。												関係書類を添えて下記のとおり人工授精費用の助成を申請します。															
記												記															
区分		(ふりがな) 氏 名				生 年 月 日						区分		(ふりがな) 氏 名				生 年 月 日									
夫		()				昭和・平成 年 月 日(歳)						夫		()				昭和・平成 年 月 日(歳)									
妻		()				昭和・平成 年 月 日(歳)						妻		()				昭和・平成 年 月 日(歳)									
住所(※1)		〒 電話 ()										住所(※1)		〒 電話 ()													
住所(※2)		〒 電話 ()										住所(※2)		〒 電話 ()													
申請金額 金 円												申請金額 金 円															
過去に山口県から人工授精費用の助成を受けたことがありますか。												過去に山口県から人工授精費用の助成を受けたことがありますか。															
☐ 人工授精費用の助成を受けたことはない												☐ 人工授精費用の助成を受けたことはない															
☐ 人工授精費用の助成を受けたことがある												☐ 人工授精費用の助成を受けたことがある															
助成時期 年 月 年 月 年 月 年 月 年 月												助成を受けた時期															
助成金額 円 円 円 円 円 円												助成金額(円)															
今回の治療結果は												今回の治療結果は															
いかがでしたか。												いかがでしたか。															
☐ 妊娠成立												☐ 妊娠成立															
☐ 妊娠不成立												☐ 妊娠不成立															
☐ 不明												☐ 不明															
振込先		金融機関名				銀行 金庫 農協				本店 支店(支所) 出張所				振込先		金融機関名				銀行 金庫 農協				本店 支店(支所) 出張所			
		預金の種類		普通 当座		(ふりがな) 口座名義人										預金の種類		普通 当座		(ふりがな) 口座名義人							
		口座番号		右詰記入												口座番号		右詰記入									
申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日										申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日													
受給者番号												受給者番号															
注)太枠の中をご記入ください。												注)太枠の中をご記入ください。															
※1:夫婦の住所を記入する。												※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場所に住所を有する場合をいう。												※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場所に住所を有する場合をいう。															
(添付書類) 1. 山口県不妊治療(人工授精)費助成事業受診等証明書(領収書添付)												(添付書類) 1. 山口県不妊治療(人工授精)費助成事業受診等証明書(領収書添付)															
2. 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類												2. 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類															
(1ヶ月以内に発行されたもの)												(1ヶ月以内に発行されたもの)															
3. 児童手当法施行令による控除が確認できる所得証明書												3. 児童手当法施行令による控除が確認できる所得証明書															

新									
別記第2号様式								人工授精	
受給者番号									
平成 年 月 日									
山口県不妊治療(人工授精)費助成事業受診等証明書									
(山口県知事)									
様									
(医療機関)									
住所									
名称									
主治医氏名 印									
電話番号									
下記の者について、人工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通り徴収したことを証明します。									
記									
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		昭和・平成 年 月 日(歳)		昭和・平成 年 月 日(歳)					
貴医療機関における人工授精による不妊治療の開始年月日						年 月 日			
治療の医学的必要性(注)						有 ・ 無			
今回の治療日		平成 年 月 日 平成 年 月 日 平成 年 月 日 平成 年 月 日							
領収金額		[今回の治療にかかった金額合計 ※保険適用外診療(人工授精)に限る] 領収金額 円 (領収書は裏面添付又は別添可)							
特記事項									
注 貴医療機関において人工授精による不妊治療を行った期間が2年を超える場合及び他の医療機関において人工授精による不妊治療を行った期間を含め治療期間が2年を超える場合に記入してください。									

旧									
別記第2号様式								人工授精	
受給者番号									
平成 年 月 日									
山口県不妊治療(人工授精)費助成事業受診等証明書									
(山口県知事)									
様									
(医療機関)									
住所									
名称									
主治医氏名 印									
電話番号									
下記の者について、人工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通り徴収したことを証明します。									
記									
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		昭和・平成 年 月 日(歳)		昭和・平成 年 月 日(歳)					
今回の治療日						平成 年 月 日 平成 年 月 日 平成 年 月 日 平成 年 月 日			
領収金額						[今回の治療にかかった金額合計 ※保険適用外診療(人工授精)に限る] 領収金額 円 (領収書は裏面添付又は別添可)			
特記事項									

山口県不妊治療（人工授精）費助成事業実施要綱

（目的）

第1条 この要綱は、次世代育成支援の一環として、子どもを生み育てやすい環境づくりを推進するため、県内に住所を有し、不妊治療のうち、人工授精を受けている夫婦に対して、人工授精費用の一部を助成することにより、その経済的負担の軽減を図ることを目的とする。

（対象者）

第2条 対象者は、申請日において、次の各号のすべてに該当するものとする。

- （1）県内に住所を有し、医療機関において人工授精を受けている法律上の夫婦
- （2）夫及び妻の前年の所得（児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第2条に規定する所得について、同令第3条に規定する計算方法により算出した額をいう。以下同じ。）の合計額（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をいう。）が730万円未満の夫婦

（対象となる治療等）

第3条 「人工授精」とは、採取した精子を排卵日に合わせて子宮内に注入する不妊治療をいう。なお、次に掲げる治療法は助成の対象としない。

- （1）夫以外の第三者からの精子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）

（助成の範囲）

第4条 県は、対象者が人工授精を受けた日の属する年度ごとに、対象者が負担した人工授精費用に対して、1年度当たり3万円を限度に、通算5年間助成する。

ただし、3年目以降は、医師が必要と判断し、2年を超えて人工授精を受けた対象者に限る。

（助成金の申請等）

第5条 この要綱により、人工授精費用の助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、山口県不妊治療（人工授精）費助成事業申請書（以下「申請書」という。）（別記第1号様式）を、その住所を有する市町又はその市町を管轄する健康福祉センターを経由して知事に提出するものとする。

2 前項の申請書には、次の各号に掲げる書類を添付しなければならない。

- （1）山口県不妊治療（人工授精）費助成事業受診等証明書（別記第2号様式）
- （2）人工授精費用の領収書
- （3）法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類
（1ヶ月以内に発行されたもの）

(4) 児童手当法施行令による控除が確認できる所得証明書

- 3 前項の申請書は、人工授精を受けた日の属する年度の末日までに提出するものとする。
ただし、特別な事情がある場合は除く。
- 4 知事は、前項の申請書を受理した場合において、速やかにその内容の審査を行い、助成の可否について、申請者に通知する。
- 5 知事は、前項の通知を受けた者から申請があった場合において、当該年度においては、第2項の(4)の書類の添付を省略させることができる。

(人工授精費用の返還等)

第6条 知事は、偽り、その他不正な手段により人工授精費用の助成を受けた者があるときは、その者から、助成金の全部又は一部の返還を命ずることができる。

(その他)

第7条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項については別に定める。

附 則

この要綱は、平成23年 4月 1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年 4月 1日から施行する。

平成 年 月 日

山口県不妊治療(人工授精)費助成事業申請書

山口県知事

様

申請者

氏名(夫)

印

氏名(妻)

印

(夫及び妻が記名押印)

関係書類を添えて下記のとおり人工授精費用の助成を申請します。

記

区分	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日															
夫	()	昭和・平成	年	月	日(歳)												
妻	()	昭和・平成	年	月	日(歳)												
住所(※1)	〒 電話 ()																
住所(※2)	〒 電話 ()																
申請金額 金 円																	
過去に山口県から人工授精費用の助成を受けたことがありますか。 ☐ 人工授精費用の助成を受けたことはない ☐ 人工授精費用の助成を受けたことがある <table><tr><td>助成時期</td><td>年 月</td><td>年 月</td><td>年 月</td><td>年 月</td><td>年 月</td></tr><tr><td>助成金額</td><td>円</td><td>円</td><td>円</td><td>円</td><td>円</td></tr></table>					助成時期	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	助成金額	円	円	円	円	円	今回の治療結果は いかがでしたか。 ☐ 妊娠成立 ☐ 妊娠不成立 ☐ 不明
助成時期	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月												
助成金額	円	円	円	円	円												
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店(支所) 農協 出張所															
	預金の種類	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人														
	口座番号	右詰記入															
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場所に住所を有する場合をいう。

(添付書類) 1. 山口県不妊治療(人工授精)費助成事業受診等証明書(領収書添付)

2. 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類
(1ヶ月以内に発行されたもの)

3. 児童手当法施行令による控除が確認できる所得証明書

別記第2号様式

人工授精

受給者番号

平成 年 月 日

山口県不妊治療(人工授精)費助成事業受診等証明書

(山口県知事)

様

(医療機関)

住所

名称

主治医氏名

印

電話番号

下記の者について、人工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通り徴収したことを証明します。

記

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	昭和・平成 年 月 日(歳)	昭和・平成 年 月 日(歳)
貴医療機関における人工授精による不妊治療の開始年月日		年 月 日
治療の医学的必要性(注)		有 ・ 無
今回の治療日	平成 年 月 日 平成 年 月 日 平成 年 月 日 平成 年 月 日	
領収金額	[今回の治療にかかった金額合計 ※保険適用外診療(人工授精)に限る] 領収金額 円 (領収書は裏面添付又は別添可)	
特記事項		

注 貴医療機関において人工授精による不妊治療を行った期間が2年を超える場合及び他の医療機関において人工授精による不妊治療を行った期間を含め治療期間が2年を超える場合に記入してください。