764
6.9.18

福県医発第1711号（地）
令和６年９月18日

各 医 師 会 長　　殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
（公 印 省 略）

福岡県不妊に悩む方への先進医療支援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。

福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業実施要綱の一部改正につきましては、令和６年５月15日付福県医発第552号（地）にて貴会宛てご連絡しているところです。

今般、別添のとおり標記実施要綱を一部改正した旨、福岡県福祉労働部より連絡がありました。また、原則として、治療が終了した日又は中止日の属する年度内まで、知事がやむを得ない事情があると認めるときは、翌年度４月30日までが申請期限とされておりますが、申請期限を超過した申請があっていることから、期限内の申請を喚起するため、事業案内チラシが作成されております。

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、貴会会員への周知方よろしくお願いいたします。

なお、福岡県産婦人科医会には同課より別途通知されておりますことを申し添えます。

小郡三井医師会より

母子保健担当理事　工藤嘉公
会長　島田昇二郎

公印省略

６子育第１４５５号
令和６年９月１２日

公益社団法人
福岡県医師会会長　　殿

福 岡 県 福 祉 労 働 部 長
（子育て支援課母子保健係）

福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業実施要綱の一部改正について（通知）

本県の母子保健事業の推進につきまして、日頃から御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

本県では、不妊に悩む方への経済的負担を軽減することを目的に、保険適用となった特定不妊治療と併用して受けられる先進医療にかかる費用の一部を助成する事業を実施しております。

このたび、標記実施要綱について、別添のとおり一部改正いたしましたので、貴会会員へ周知いただきますようお願いいたします。

また、原則として、治療が終了した日又は中止日の属する年度内まで、知事がやむを得ない事情があると認めるときは、翌年度４月３０日までを申請期限としておりますが、申請期限を超過した申請があっていることから、期限内の申請を喚起するため、事業案内チラシを作成しましたので、あわせて貴会会員へ周知いただきますようお願いいたします。

なお、福岡県産婦人科医会には別途通知しておりますことを申し添えます。

福岡県福祉労働部
子育て支援課母子保健係　中路
TEL：092-643-3307

福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業実施要綱の一部を改正する要綱

福岡県不妊に悩む方への先進治療支援事業実施要綱（令和５年６月１日施行）の一部を別紙新旧対照表のとおり改正する。

附　則

この要綱は、令和６年９月１２日から施行し、令和６年９月１２日から適用する。

新　（　改　正　後　）	旧　（　改　正　前　）
福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業実施要綱	福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業実施要綱
第１条～第６条　　【略】	第１条～第６条　　【略】
第７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止日の属する年度内に申請するものとする。ただし、知事がやむを得ない事情があると認めるときは、翌年度４月３０日まで申請を行うことができるものとする。 ２　申請者は、福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業申請書（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、知事に申請するものと　する。ただし、前回以前の申請時に提出した③、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。ただし、２回目以降でも前回申請から変更がある者及び事実婚の者は省略できない。 ① 福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業受診等証明書（様式第２号） ② 実施医療機関等が発行した当該治療に要した費用に係る領収書（コピー可。） ③ 住民票の写し（発行日から３ヶ月以内のもの。事実婚の夫婦は、夫婦両人のものが必要。） ④ 夫婦両人の戸籍謄本（発行日から３ヶ月以内のもの。法律婚の夫婦であって、婚姻の事実を住民票で確認できる場合は、省略できる。） ⑤ 夫婦両人の事実婚関係に関する申立書（様式４号）（同一世帯でない場合、その理由について記載すること） ⑥ 口座振込先情報が分かる資料（振込先の口座内容（口座番号、口座名義等）がわかる部分の通帳のコピー等） ⑦ 前各号に掲げるもののほか知事が必要と認める書類	第７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、知事がやむを得ない事情があると認めるときは、翌年度４月３０日まで申請を行うことができるものとする。 ２　申請者は、福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業申請書（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、知事に申請するものと　する。ただし、前回以前の申請時に提出した③、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。ただし、２回目以降でも前回申請から変更がある者及び事実婚の者は省略できない。 ① 福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業受診等証明書（様式第２号） ② 実施医療機関等が発行した当該治療に要した費用に係る領収書（コピー可。） ③ 住民票の写し（発行日から３ヶ月以内のもの。事実婚の夫婦は、夫婦両人のものが必要。） ④ 夫婦両人の戸籍謄本（発行日から３ヶ月以内のもの。法律婚の夫婦であって、婚姻の事実を住民票で確認できる場合は、省略できる。） ⑤ 夫婦両人の事実婚関係に関する申立書（様式４号）（同一世帯でない場合、その理由について記載すること） ⑥ 口座振込先情報が分かる資料（振込先の口座内容（口座番号、口座名義等）がわかる部分の通帳のコピー等） ⑦ 前各号に掲げるもののほか知事が必要と認める書類
第８条～第１３条　　【略】	第８条～第１３条　　【略】
附　則　　【略】	附　則　【略】
附　則　　【略】	附　則　【略】
附　則 この要綱は、令和６年９月１２日から施行し、令和６年９月１２日から適用する。	附　則 （追加）

新　（　改　正　後　）

様式第1号

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費（先進医療）の助成を申請します。

※原則、治療が終了した日又は中止した日の属する年度内が申請期限となります。
ただし、やむを得ない事情がある場合に限り、翌年度4月30日まで申請することができます。

福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業申請書

申請者	（ふりがな） 氏　名	生　年　月　日	治療開始日の妻の年齢
（ふりがな） 申請者 ※口座名義人と同じ	（　　）	昭和 平成　　年　月　日	（　　）歳
（ふりがな） 配偶者	（　　）	昭和 平成　　年　月　日	
申請者住所	〒	電話	（　　）
配偶者住所 ※申請者と異なる場合のみ	〒	電話	（　　）
同一治療期間において他の地方公共団体で先進医療の助成を受けていない		□はい　※助成を受けている場合は対象外	

上記のとおり関係書類を添えて、先進医療による不妊治療費の助成を申請します。

（　↓　申請者及び配偶者が必ず自筆署名してください。　↓　）

申請者
氏名

配偶者
氏名

申　請　額　※　　金　　，000円

※以下のいずれか低い方の金額を記入してください。
①5万円
②先進医療にかかった費用★×0．7（千円未満切捨）
「先進医療にかかった費用★」は、受診等証明書（様式2号）の「実施した先進医療にかかった費用★」の金額です。

年　　月　　日

福　岡　県　知　事　　殿

振込先		金融機関名	支店名	支店コード
	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	
	預金種別	普通　・　貯蓄		
	（フリガナ） 口座名義人 ※申請者と同じ	（　　）		
	口座番号			

（注）
1　太枠内を全て御記入してください。
2　以下の書類を添付してください。
(1) 福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業受診等証明書（様式第2号）
(2)実施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（コピー可。）
(3)住民票の写し（発行日から3ヶ月以内のもの）
※事実婚の夫婦は、夫婦両人のものが必要。マイナンバー、本籍地の記載は不要。
(4)夫婦両人の戸籍謄本（発行日から3ヶ月以内のもの）
※法律婚の夫婦であって、婚姻の事実を住民票で確認できる場合は省略可
(5)夫婦両人の事実婚関係に関する申立書（様式第4号）
※同一世帯でない場合、その理由について記載すること
(6)口座振込先情報が分かる資料
※振込先の口座内容（口座番号、口座名義等）がわかる部分の通帳のコピー等
※コピー等に預金種別の記載がない場合は、余白に預金種別を記入すること
(7)申請期限に関する申立書
※やむを得ない事情があり、翌年度4月30日までに申請する場合のみ必要
3　助成が決定したら指定口座へ振り込みますので、記帳等によりご自身で御確認ください。
4　申請者と振込口座の名義人は同一になるように御記入ください。
5　書類の返送は致しませんので、御留意ください。

受付印

旧　（　改　正　前　）

様式第1号

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費（先進医療）の助成を申請します。

福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業申請書

申請者	（ふりがな） 氏　名	生　年　月　日	治療開始日の妻の年齢
（ふりがな） 申請者	（　　）	昭和 平成　　年　月　日	（　　）歳
（ふりがな） 配偶者	（　　）	昭和 平成　　年　月　日	
申請者住所	〒	電話	（　　）
配偶者住所 ※申請者と異なる場合のみ	〒	電話	（　　）
他の地方公共団体で助成を受けていない期間に係る先進医療の費用である		□はい　□いいえ（助成対象外）	

上記のとおり関係書類を添えて、先進医療による不妊治療費の助成を申請します。

（　↓　申請者及び配偶者が必ず自筆署名してください。　↓　）

申請者
氏名

配偶者
氏名

申　請　額　　金　　円

★実施した先進医療にかかった費用に10分の7を乗じた金額（千円未満切捨）または5万円のうち、低い方の金額を記入してください

年　　月　　日

福　岡　県　知　事　　殿

振込先				
	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	店番号
	預金種別	普通・貯蓄	（フリガナ） 口座名義人（申請者と同じ）	（　　）
	口座番号			

（注）
1　太枠内を全て御記入してください。
2　以下の書類を添付してください。
(1) 福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業受診等証明書（様式第2号）
(2)実施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（コピー可。）
(3)住民票の写し（発行日から3ヶ月以内のもの）
※事実婚の夫婦は、夫婦両人のものが必要。マイナンバー、本籍地の記載は不要。
(4)夫婦両人の戸籍謄本（発行日から3ヶ月以内のもの）
※法律婚の夫婦であって、婚姻の事実を住民票で確認できる場合は省略可
(5)夫婦両人の事実婚関係に関する申立書（様式第4号）
※同一世帯でない場合、その理由について記載すること
(6)口座振込先情報が分かる資料
※振込先の口座内容（口座番号、口座名義等）がわかる部分の通帳のコピー等
3　助成が決定したら指定口座へ振り込みますので、記帳等によりご自身でご確認ください。
4　申請者と振込口座の名義人は同一になるように御記入ください。
5　書類の返送は致しませんので、御留意ください。

受付印

新　（　改　正　後　）

様式第２号（第４条関係）

福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業受診等証明書

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、
特定不妊治療として保険診療及び先進医療を実施し、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。

※原則、治療が終了した日又は中止した日の属する年度内が申請期限となります。
ただし、やむを得ない事情がある場合に限り、翌年度４月３０日まで申請することができます。

年　　月　　日

医療機関の名称

所在地

連絡先

主治医氏名

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
今回の治療期間 （保険診療）	年　月　日 ～　年　月　日 （治療計画を立てた日）　（妊娠判定日） ※保険診療の回数：　回目			
領収金額	今回の治療にかかった金額合計 **特定不妊治療費**（保険診療及び先進医療の合計額）　領収金額　円 **実施した先進医療にかかった費用**　領収金額　★　円			
実施した治療・技術 ※①先進医療として告示された治療・技術であること。 ※②厚生労働省に実施医療機関として登録されていること。	今回実施した治療・技術に☑を入れ、実施日を記入してください。 以下の他に、新しく告示された治療・技術を実施した場合には、（　）に記入してください。			
	□	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI） 実施日：	□	子宮内膜スクラッチ 実施日：
	□	子宮内膜刺激術（SEET法） 実施日：	□	二段階胚移植法 実施日：
	□	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 実施日：	□	不妊症患者に対するタクロリムス投与療法 実施日：
	□	子宮内膜受容能検査（ERA） 実施日：	□	子宮内膜フローラ検査 実施日：
	□	子宮内膜細菌叢検査（EMMA、ALICE） 実施日：	□	子宮内膜受容期検査（ERPeak） 実施日：
	□	強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（IMSI） 実施日：	□	膜構造を用いた生理学的精子選択術 実施日：
	□	着床前胚異数性検査 実施日：	□	（　　） 実施日：

旧　（　改　正　前　）

様式第２号（第４条関係）

福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業受診等証明書

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、
特定不妊治療として保険診療及び先進医療を実施し、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。

年　　月　　日

医療機関の名称

所在地

連絡先

主治医氏名

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
今回の治療期間 （保険診療）	年　月　日 ～　年　月　日 （治療計画を立てた日）　（妊娠判定日） ※保険診療の回数：　回目			
領収金額	今回の治療にかかった金額合計 **特定不妊治療費**（保険診療及び先進医療の合計額）　領収金額　円 **実施した先進医療にかかった費用**　領収金額　★　円			
実施した治療・技術 ※①先進医療として告示された治療・技術であること。 ※②厚生労働省に実施医療機関として登録されていること。	今回実施した治療・技術に☑を入れ、実施日を記入してください。 以下の他に、新しく告示された治療・技術を実施した場合には、（　）に記入してください。			
	□	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI） 実施日：	□	子宮内膜スクラッチ 実施日：
	□	子宮内膜刺激術（SEET法） 実施日：	□	二段階胚移植法 実施日：
	□	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 実施日：	□	不妊症患者に対するタクロリムス投与療法 実施日：
	□	子宮内膜受容能検査（ERA） 実施日：	□	子宮内膜フローラ検査 実施日：
	□	子宮内膜細菌叢検査（EMMA、ALICE） 実施日：	□	子宮内膜受容期検査（ERPeak） 実施日：
	□	強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（IMSI） 実施日：	□	膜構造を用いた生理学的精子選択術 実施日：
	□	着床前胚異数性検査 実施日：	□	（　　） 実施日：

新　（　改　正　後　）	旧　（　改　正　前　）
様式第３号～第４号　【略】	様式第３号～第４号　【略】

福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業実施要綱

（目　的）

第１条　不妊治療における経済的負担を軽減するため、特定不妊治療（体外受精及び顕微授精をいう。以下同じ。）を行う際に、保険適用された治療と併用して自費で実施される「先進医療」に係る費用の一部を助成することにより、不妊に悩む夫婦が妊娠・出産を諦めることがないようにすることを目的とする。

（実施方法）

第２条　この事業は、県が、第３条に規定する助成対象者が第４条に規定する助成対象治療を受けた場合に、第６条の規定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、次の各号の要件を備えている夫婦のうち、特定不妊治療の開始日が令和５年４月１日以降である者とする。

なお、「特定不妊治療の開始日」とは、「治療計画」を立てた日をいい、「１回の治療」とは、「治療計画」を立てた日から、「妊娠判定」等に至るまでの特定不妊治療の実施の一連の過程をいう。

(1)特定不妊治療開始日に夫婦であること（事実婚を含む。なお、子どもの福祉に配慮し、出生した子について認知を行う意向があること。）

(2)特定不妊治療開始日の妻の年齢が４３歳未満であること

(3)治療開始日から申請日までの間に、夫婦の双方又はいずれかが、県内市町村（政令市・中核市を含む）に住所を有すること

(4)保険診療として特定不妊治療を受診していること

（助成対象治療）

第４条　対象となる治療は、令和５年４月１日以降に開始した１回の保険診療の特定不妊治療と併せて行われた別表に定める先進医療であって、当該先進医療の実施機関として厚生労働省に承認された医療機関で実施されたものとする。

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以前に中止した場合を除き、助成の対象とする。

（対象費用）

第５条　対象となる費用は、前条に規定する対象治療に要した費用とする。

２　前項の規定にかかわらず、次に掲げる費用は対象外とする。

(1)他の地方公共団体で助成を受けていた期間に係る先進医療の費用

(2)保険診療が適応されず、全額自己負担で実施した場合の先進医療の費用

(3)受精胚の管理料、入院費、食事代、証明書などの文書料等治療に直接関係のない費用

（助成金の額）

第６条　前条第１項に定めた対象費用に対し助成する金額（以下「助成額」という。）は、１回の治療につき、実施された先進医療の合計費用の７割の額（算出された合計額に千円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。）と５万円のいずれか低い方の額とする。

（助成の申請）

第７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止日の属する年度内に申請するものとする。ただし、知事がやむを得ない事情があると認めるときは、翌年度４月３０日まで申請を行うことができるものとする。

２　申請者は、福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業申請書（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、知事に申請するものとする。ただし、前回以前の申請時に提出した③、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。ただし、２回目以降でも前回申請から変更がある者及び事実婚の者は省略できない。

① 福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業受診等証明書（様式第２号）

② 実施医療機関等が発行した当該治療に要した費用に係る領収書（コピー可。）

③ 住民票の写し（発行日から３ヶ月以内のもの。事実婚の夫婦は、夫婦両人のものが必要。）

④ 夫婦両人の戸籍謄本（発行日から３ヶ月以内のもの。法律婚の夫婦であって、婚姻の事実を住民票で確認できる場合は、省略できる。）

⑤ 夫婦両人の事実婚関係に関する申立書（様式４号）（同一世帯でない場合、その理由について記載すること）

⑥ 口座振込先情報が分かる資料（振込先の口座内容（口座番号、口座名義等）がわかる部分の通帳のコピー等）

⑦ 前各号に掲げるもののほか知事が必要と認める書類

（助成の決定）

第８条　知事は、申請書等を審査し、助成の可否及び助成額の決定を行い、その結果を、申請者に通知するものとする。

（助成金の交付）

第９条　知事は、助成決定後、申請者に対して、口座振替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１０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１１条　知事は、助成の状況を明確にするため、福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業台帳（様式第３号）を備え付けるものとする。

（広報活動等）

第１２条　知事は、この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、積極的な協力を求めるものとする。

２　知事は、高年齢での妊娠・出産は、様々なリスクが高まるとともに、出産に至る確率も低くなることが医学的にも明らかになっていることなどについて、正確な情報提供、普及啓発を図るなど、広く広報等を行うものとする。また、子どもを持ちたいと願う家庭の選択肢として、申請者の希望に応じて里親・特別養子縁組制度の普及啓発等を実施するものとする。

３　この事業の関係者は、申請者が安心して助成に関する相談ができ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、この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、令和５年６月１日から施行し、令和５年４月１日から適用する。

附　則

この要綱は、令和６年４月３０日から施行し、令和６年４月１日から適用する。

附　則

この要綱は、令和６年９月１２日から施行し、令和６年９月１２日から適用する。

別 表

	名　　称
1	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（ＰＩＣＳＩ）
2	子宮内膜刺激術（ＳＥＥＴ法）
3	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養
4	子宮内膜受容能検査（ＥＲＡ）
5	子宮内細菌叢検査（ＥＭＭＡ、ＡＬＩＣＥ）
6	強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（ＩＭＳＩ）
7	子宮内膜スクラッチ
8	二段階胚移植法
9	不妊症患者に対するタクロリムス投与療法
１０	子宮内フローラ検査
１１	子宮内膜受容期検査（ＥＲＰｅａｋ）
１２	膜構造を用いた生理学的精子選択術
１３	着床前胚異数性検査

様式第1号

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費（先進医療）の助成を申請します。

※原則、治療が終了した日又は中止した日の属する年度内が申請期限となります。
ただし、やむを得ない事情がある場合に限り、翌年度4月30日まで申請することができます。

福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業申請書

申請者	（ふりがな） 氏　名	生　年　月　日	治療開始日の 妻の年齢
（ふりがな） 申請者 ※口座名義人と同じ	（　　）	昭和 平成　　年　月　日	（　　）歳
（ふりがな） 配偶者	（　　）	昭和 平成　　年　月　日	

申請者住所	〒	電話	（　　）
配偶者住所 ※申請者と異なる場合のみ	〒	電話	（　　）
同一治療期間において他の地方公共団体で先進医療の助成を受けていない		□はい	※助成を受けている場合は対象外

上記のとおり関係書類を添えて、先進医療による不妊治療費の助成を申請します。

（ ↓ 申請者及び配偶者が必ず自筆署名してください。 ↓ ）

申請者
氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿

配偶者
氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿

申 請 額 ※　金　　，000 円

※以下のいずれか低い方の金額を記入してください。
①5万円
②先進医療にかかった費用★×0．7（千円未満切捨）
「先進医療にかかった費用★」は、受診等証明書（様式2号）の「実施した先進医療にかかった費用★」の金額です。

年　　月　　日

福 岡 県 知 事　　殿

振込先	金融機関名	金融機関名	支店名	支店コード	
		銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所		
	預金種別	普通　・　貯蓄			
	（フリガナ） 口座名義人 ※申請者と同じ	（　　）			
	口座番号				

（注）

1　太枠内を全て御記入してください。

2　以下の書類を添付してください。

（1）福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業受診等証明書（様式第2号）

（2）実施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（コピー可。）

（3）住民票の写し（発行日から3ヶ月以内のもの）
※事実婚の夫婦は、夫婦両人のものが必要。マイナンバー、本籍地の記載は不要。

（4）夫婦両人の戸籍謄本（発行日から3ヶ月以内のもの）
※法律婚の夫婦であって、婚姻の事実を住民票で確認できる場合は省略可

（5）夫婦両人の事実婚関係に関する申立書（様式第4号）
※同一世帯でない場合、その理由について記載すること

（6）口座振込先情報が分かる資料
※振込先の口座内容（口座番号、口座名義等）がわかる部分の通帳のコピー等
※コピー等に預金種別の記載がない場合は、余白に預金種別を記入すること

（7）申請期限に関する申立書
※やむを得ない事情があり、翌年度4月30日までに申請する場合のみ必要

3　助成が決定したら指定口座へ振り込みますので、記帳等によりご自身で御確認ください。

4　申請者と振込口座の名義人は同一になるように御記入ください。

5　書類の返送は致しませんので、御留意ください。

受付印

様式第2号（第4条関係）

福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業受診等証明書

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、
特定不妊治療として保険診療及び先進医療を実施し、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。

※原則、治療が終了した日又は中止した日の属する年度内が申請期限となります。
ただし、やむを得ない事情がある場合に限り、翌年度4月30日まで申請することができます。

年　　月　　日

医療機関の名称

所在地

連絡先

主治医氏名

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
今回の治療期間 （保険診療）	年　月　日 ～　年　月　日 （治療計画を立てた日）　（妊娠判定日） ※保険診療の回数：　回目			
領収金額	今回の治療にかかった金額合計 **特定不妊治療費**（保険診療及び先進医療の合計額）　領収金額　円 **実施した先進医療にかかった費用**　領収金額　円　★			
実施した治療・技術 ※①先進医療として告示された治療・技術であること。 ※②厚生労働省に実施医療機関として登録されていること。	今回実施した治療・技術に☑を入れ、実施日を記入してください。 以下の他に、新しく告示された治療・技術を実施した場合には、（　）に記入してください。			
	□	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI） 実施日：	□	子宮内膜スクラッチ 実施日：
	□	子宮内膜刺激術（SEET法） 実施日：	□	二段階胚移植法 実施日：
	□	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 実施日：	□	不妊症患者に対するタクロリムス投与療法 実施日：
	□	子宮内膜受容能検査（ERA） 実施日：	□	子宮内膜フローラ検査 実施日：
	□	子宮内膜細菌叢検査（EMMA、ALICE） 実施日：	□	子宮内膜受容期検査（ERPeak） 実施日：
	□	強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（IMSI） 実施日：	□	膜構造を用いた生理学的精子選択術 実施日：
	□	着床前胚異数性検査 実施日：	□	（　　） 実施日：

様式第3号

福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業台帳

	受給者番号	申請者				当課申請受理日	承認年月日	郵便番号	住所	保険診療回数	先進医療				
			漢字氏名	カナ氏名	生年月日						先進医療自己負担額	助成額	治療内容	治療期間	
1		申請者												開始	
		配偶者												終了	
2		申請者												開始	
		配偶者												終了	
3		申請者												開始	
		配偶者												終了	
4		申請者												開始	
		配偶者												終了	
5		申請者												開始	
		配偶者												終了	
6		申請者												開始	
		配偶者												終了	
7		申請者												開始	
		配偶者												終了	
8		申請者												開始	
		配偶者												終了	
9		申請者												開始	
		配偶者												終了	
10		申請者												開始	
		配偶者												終了	

様式第4号

事実婚関係に関する申立書

（福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業）

＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

下記二名については、事実婚関係にあります。

また、治療の結果出生した子について認知を行います。

① 不妊に悩む方への先進医療支援事業申請者の住所、氏名

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

② 不妊に悩む方への先進医療支援事業申請者の住所、氏名

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※別世帯になっている理由

（①と②が別世帯となっている場合には記入）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

福岡県知事　殿

福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業のご案内

～不妊症に悩む方の経済的負担を軽減するため、先進医療費の一部を助成しています～

助成対象者

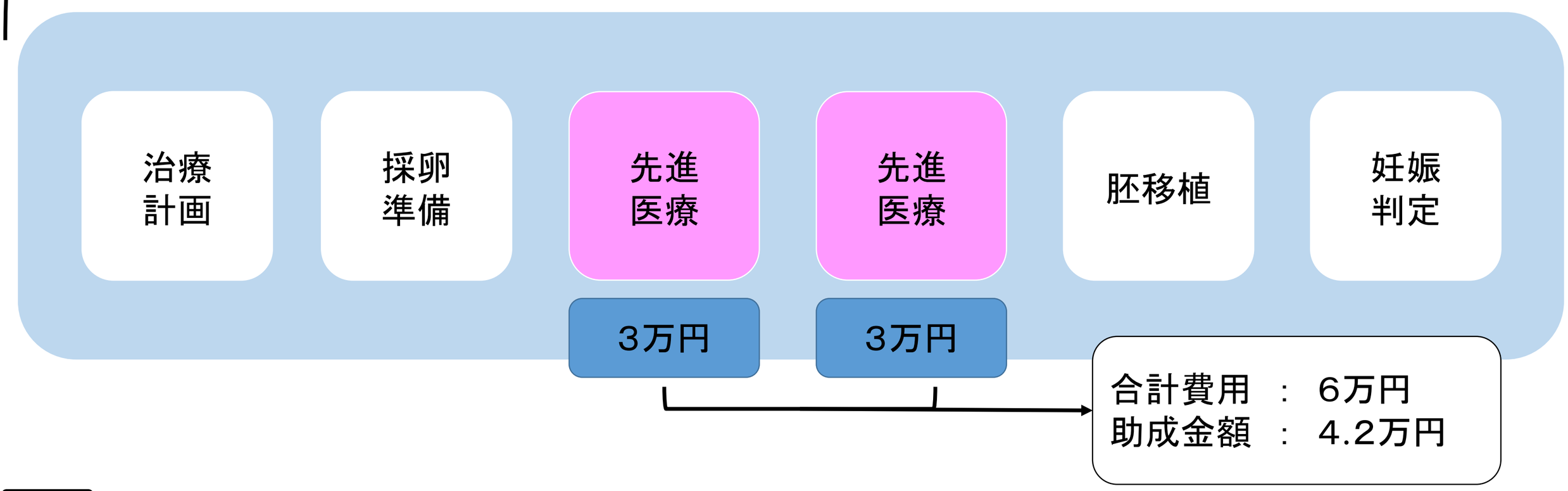
助成対象となるのは、下記要件を全て満たす方です。
なお、「特定不妊治療の開始日」とは、「治療計画」を立てた日を言います。
また、「１回の治療」とは、「治療計画」を立てた日から「妊娠判定」等に至るまでの一連の治療を言います。

１　令和５年４月１日以降に特定不妊治療を開始していること（令和５年度中に終了した治療は受付終了）
２　特定不妊治療開始日に夫婦であること（事実婚含む。なお、子どもの福祉に配慮し、出生した子について認知を行う意向があること。）
３　特定不妊治療開始日の妻の年齢が43歳未満であること
４　特定不妊治療開始日から申請日までの間継続して、夫婦の双方又はいずれかが、県内市町村（政令市・中核市を含む。）に住所を有すること
５　保険診療として特定不妊治療を受診していること

助成金額

１回の治療で実施した先進医療の合計費用の**7割**（千円未満切り捨て）　**上限５万円**

１回の治療（例）



申請期限

「１回の治療」が終了又は中止した日の属する年度末まで
ただし、やむを得ない事情がある場合に限り、翌年度４月30日まで

※申請期限までに申請書類一式の提出が難しい場合は、**様式第１号「福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業申請書」のみを、申請期限までに間に合うように**提出してください。

問い合わせ先及び申請窓口

【問い合わせ先】
先進医療支援専用窓口
TEL　：092－472－5750
メール：福岡県ホームページの質問フォームから
開設日：平日の8：30～17：15まで（祝日除く）

※対象となる先進医療等の詳細は、福岡県のHPをご確認ください。
※回答にはお時間をいただく場合がありますので、あらかじめご了承ください。

福岡県HP

【申請窓口】
〒812－0012
福岡市博多区博多駅中央街8－1　博多郵便局留
麻生教育サービス株式会社　先進医療支援係　宛

※封筒には、必ず朱書きで「申請書　在中」とご記入ください。
※簡易書留や特定記録郵便など、差出・配達が証明される郵便をお勧めします。
　（普通郵便での不着事故等に関しては責任を負いかねます。）
※福岡県庁への郵送・持ち込み並びに麻生教育サービス株式会社への持ち込みは受理できません。