

津市特定不妊治療費助成事業実施要綱

令和4年6月30日訓第68号

改正 令和5年6月30日訓第43号

令和7年6月25日訓第52号

(趣旨)

第1条 この要綱は、少子化対策の一環として、特定不妊治療を受ける夫婦の経済的負担の軽減を図るため、その治療に要する費用の一部を助成すること（以下「助成」という。）に関し必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において「特定不妊治療」とは、医療機関において不妊症と診断された夫婦（法律上の婚姻をしている夫婦又は事実上の婚姻関係にある夫婦（治療の結果、出生した場合の子について認知を行う意向がある者に限る。）をいう。以下同じ。）が受ける治療行為のうち、体外受精及び顕微授精をいう。

(対象者)

第3条 助成の対象者は、本市の住民基本台帳にその一方又は双方が記載されている夫婦であって、次の各号に掲げる治療の区分に応じ、当該各号に定めるものとする。

(1) 先進医療又は保険適用終了後の特定不妊治療 次のいずれにも該当する夫婦

ア 治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満であること。

イ 生殖補助医療に係る保険医療機関において特定不妊治療を受けたものであること。

(2) 着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）（以下「PGT-A」という。）を含む特定不妊治療 次のいずれにも該当する夫婦

ア 治療期間の初日における妻の年齢が35歳以上43歳未満であること。

イ 公益社団法人日本産科婦人科学会が認める不妊症・不育症に関するPGT-Aの承認医療機関（以下「PGT-A承認医療機関」という。）において治療を受けたものであること。

ウ 2回以上の特定不妊治療による胚移植の不成功若しくは2回以上の流

死産の既往を有する不育症の夫婦又は夫婦のいずれかに染色体構造異常（均衡型染色体転座等をいう。）が確認されている夫婦であること。

（助成対象経費等）

第4条 助成の対象となる経費（以下「助成対象経費」という。）は、特定不妊治療に要する経費（他の地方公共団体から助成を受けた特定不妊治療に要する経費、食事代、室料、文書料、凍結保存に係る経費等を除く。）であつて、次の各号に掲げる治療の区分に応じ、当該各号に定めるものとする。

- (1) 先進医療 保険適用の特定不妊治療と併用して受けた先進医療で、当該先進医療の実施医療機関として厚生労働省地方厚生局へ届出を行っている、又は承認されている保険医療機関で受けた治療に係る経費
- (2) 保険適用終了後の特定不妊治療 三重県特定不妊治療費及び不育症治療費等補助金交付要領（平成18年10月1日施行。以下「三重県要領」という。）別表のAからFまでに掲げる治療内容に係る経費
- (3) PGT-Aを含む特定不妊治療 PGT-A承認医療機関において実施された三重県要領別表AからFまでに掲げる治療内容に係る経費

2 保険適用終了後の特定不妊治療に係る助成の回数は、保険適用の上限回数及びPGT-Aを含む特定不妊治療に係る助成を受けた回数並びに三重県内の他市町で助成を受けた回数と通算して1子当たり8回を限度とする。

3 PGT-Aを含む特定不妊治療に係る助成の回数は、1子当たり6回を限度とする。ただし、治療期間の初日において保険適用で実施した胚移植術の回数、保険適用終了後の特定不妊治療に係る助成を受けた回数及びPGT-Aを含む特定不妊治療に係る助成を受けた回数並びに三重県内の他市町で助成を受けた回数を通算して1子当たり8回を超えないものとする。

（適用除外）

第5条 前条第1項の規定にかかわらず、次に掲げる経費については、助成対象経費としないものとする。

- (1) 夫婦以外の第三者からの精子、卵子又は胚の提供
- (2) 代理母（妻が卵巣及び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、妻が妊娠することができない場合に、夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法により注入して、当該第三者が妻に代わって妊娠し、及び出産することをいう。）
- (3) 借り腹（夫婦の精子及び卵子を使用することはできるが、子宮の摘出等により、妻が妊娠することができない場合に、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、当該第三者が妻に代わって妊娠し、及び出産することをいう。)

(助成金の額)

第6条 助成金の額は、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に掲げる額とする。

- (1) 先進医療 助成対象経費に10分の7を乗じて得た額（当該額が5万円を超えるときは、5万円）
- (2) 保険適用終了後の特定不妊治療又はPGT-Aを含む特定不妊治療 助成対象経費に相当する額（三重県要領別表のA、B、D又はEに掲げる場合にあっては当該額が30万円を超えるときは30万円、同表のC又はFに掲げる場合にあっては当該額が17万5,000円を超えるときは17万5,000円）

2 前項の規定により算出された助成金の額に1,000円未満の端数があるときは、これを切り捨てるものとする。

(助成の申請)

第7条 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に掲げる書類に市長が必要と認める書類を添えて、市長に提出しなければならない。

- (1) 先進医療 特定不妊治療費助成申請書（先進医療用）（第1号様式）及び特定不妊治療受診等証明書（先進医療用）（第2号様式）
- (2) 保険適用終了後の特定不妊治療 特定不妊治療費助成申請書（保険適用終了後の特定不妊治療に対する助成回数追加用）（第3号様式）及び特定不妊治療受診等証明書（保険適用終了後の特定不妊治療に対する助成回数追加用）（第4号様式）
- (3) PGT-Aを含む特定不妊治療 特定不妊治療費助成申請書（着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）を含む特定不妊治療に対する助成用）（第5号様式）及び特定不妊治療受診等証明書（着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）を含む特定不妊治療に対する助成用）（第6号様式）

2 前項の規定による提出は、原則として、特定不妊治療が終了した日から起算して60日以内に行うものとする。

(助成の決定及び通知)

第8条 市長は、前条第1項の規定による提出があった場合は、速やかに審査の上、その結果を特定不妊治療費助成決定通知書（第7号様式）又は特定不

妊治療費助成申請却下通知書（第 8 号様式）により申請者に通知するものとする。

（助成決定の取消し等）

第 9 条 市長は、助成の決定を受けた者が偽りその他不正な行為により助成の決定を受けたと認めるときは、直ちに当該決定を取り消すものとする。この場合において、既に助成をしているときは、当該助成金の返還を命じなければならない。

（委任）

第 10 条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この訓は、令和 4 年 7 月 1 日から施行し、同年 4 月 1 日以後に開始した特定不妊治療について適用する。

（経過措置）

2 令和 4 年 4 月 1 日からこの訓の施行の日の前日までに終了した特定不妊治療に係る第 7 条第 1 項の規定による提出は、同条第 2 項の規定にかかわらず、同年 8 月 29 日までに行うものとする。

3 令和 4 年 4 月 1 日から同年 9 月 29 日までの間に 43 歳に達する妻が同月 30 日までに開始した先進医療は、第 3 条の規定にかかわらず、当該治療開始日を含む 1 回の治療に限り、助成対象経費とする。

4 令和 4 年 3 月 31 日において特定不妊治療の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関は、次に掲げる要件を満たす場合には、同年 9 月 30 日までの間に限り、生殖補助医療に係る保険医療機関とみなす。

(1) 産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。

(2) 看護師、公認心理師等の患者からの相談に対応する専任の担当者を配置していること。

(3) 社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置していること。

(4) 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整並びにこれらのサービスに関する情報提供に努めること。

附 則（令和 5 年 6 月 30 日訓第 43 号）

（施行期日等）

- 1 この訓は、令和 5 年 7 月 1 日から施行し、改正後の津市特定不妊治療費助成事業実施要綱（以下「新要綱」という。）の規定は、同年 4 月 1 日から適用する。

（経過措置）

- 2 新要綱の規定は、令和 5 年 4 月 1 日以後に開始した特定不妊治療について適用し、同日前に開始した特定不妊治療については、なお従前の例による。
- 3 令和 5 年 4 月 1 日以後に開始し、この訓の施行の日の前日までに終了した特定不妊治療に係る第 7 条第 1 項の規定による提出は、同条第 2 項の規定にかかわらず、同年 8 月 29 日までに行うものとする。

（施行期日）

- 1 この訓は、令和 7 年 7 月 1 日から施行する。

（経過措置）

- 2 改正後の津市特定不妊治療費助成事業実施要綱の規定は、令和 7 年 4 月 1 日以後に開始した特定不妊治療について適用し、同日前に開始した特定不妊治療については、なお従前の例による。
- 3 令和 7 年 4 月 1 日以後に開始し、この訓の施行の日の前日までに終了した特定不妊治療に係る第 7 条第 1 項の規定による提出は、同条第 2 項の規定にかかわらず、同年 8 月 29 日までに行うものとする。

第1号様式（第7条関係）

特定不妊治療費助成申請書（先進医療用）

年 月 日

（宛先）津市長

特定不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。
なお、申請内容の確認のため、必要な範囲で、医療機関等へ照会することに同意します。
記

	(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日 (年 齢)				
申請者	()		年 月 日 (歳)				
配偶者	()		年 月 日 (歳)				
申請者の住所	〒 電話 ()						
配偶者の住所 (申請者と異なる場合に 記入してください。)	〒 電話 ()						
先進医療を 実施した日	実施した先進医療の名称		医療費 A	A×70% B	Bと50,000円の うち低い方の額		
年 月 日			円	円	円		
年 月 日			円	円	円		
年 月 日			円	円	円		
年 月 日			円	円	円		
年 月 日			円	円	円		
合計					① 円		
申請額	(①の金額を転記) 円 (1円未満切捨て)						
振込先							
振込口座申出書 (申請者の口座 に限ります。)	金融機関名		銀行 金庫 農協 本店 支店 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)
受付年月日				(助成・却下) 決定年月日			
受 給 者 番 号							
				助成額			

- ※1 太枠の中を記入してください。
- ※2 1回の特定不妊治療ごとに提出してください。
(添付書類)
- 1. 特定不妊治療受診等証明書（医療機関の証明）
 - 2. 医療機関発行の領収書（原本）
 - 3. 世帯全員（事実婚の場合は兩人）の住民票
 - 4. 事実婚関係に関する申立書（事実婚の場合にあって、兩人の住所が異なる場合）
 - 5. 出生した場合の子の認知に関する意向書（事実婚の関係である場合）（任意様式）

第2号様式（第7条関係）

特定不妊治療受診等証明書（先進医療用）

先進医療について、保険適用の治療と併用して実施し、これに係る医療費を次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
主治医氏名

【医療機関記入欄（主治医が記入すること。）】

次の項目について確認し、間違いがなければ、□にレ点を入れてください。

- ☐ 当医療機関は、実施した先進医療に係る実施機関として、届出を行っている、又は承認されている医療機関である。
- ☐ 今回の先進医療による治療は、保険適用の治療と併用して実施しました。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
先進医療を実施した日	実施した先進医療の名称			金額
年 月 日				円
年 月 日				円
年 月 日				円
年 月 日				円
年 月 日				円
合 計				① 円
今回の 特定不妊治療 (生殖補助医療) の治療期間※	治療開始	年 月 日		
	治療終了	年 月 日		
領収金額	〔先進医療にかかった金額合計〕 領収金額 円 ※①の金額と一致すること。			

※ 治療開始は、原則、主治医が体外受精又は顕微授精を開始すると決定した日を、治療終了は、原則、妊娠判定日又は治療を中止した日をいいます。

第3号様式（第7条関係）

特定不妊治療費助成申請書
(保険適用終了後の特定不妊治療に対する助成回数追加用)

年 月 日

(宛先) 津市長

特定不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。
 なお、以前の保険診療回数等の確認のため、必要な範囲で、医療機関等へ照会することに同意します。

記

	(ふ り が な) 氏 名				生 年 月 日 (年齢)			
申請者	()				年 月 日 (歳)			
配偶者	()				年 月 日 (歳)			
申請者の住所	〒				電話 () 携帯 ()			
配偶者の住所 (申請者と異なる場合に記入してください。)	〒				電話 () 携帯 ()			
次の項目について確認し、間違いがなければ、□にレ点を入れてください。 ☐ 特定不妊治療について、保険適用の上限回数を終了しました。 ☐ 保険適用の上限回数及びP G T－Aを含む特定不妊治療に係る助成を受けた回数並びに三重県内の他市町で助成を受けた回数を通算して8回以内です。								
申 請 額		円						
振込先								
振込口座 申出書 (申請者の 口座に限り ます。)	金融機関名	銀行 金庫 農協						本店 支店 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)
受付年月日					(助成・却下) 決定年月日			
受給者番号								
					助成額			

※ 太枠の中を記入してください。

(添付書類)

1. 特定不妊治療受診等証明書（医療機関の証明）
2. 医療機関発行の領収書（原本）
3. 世帯全員（事実婚の場合は兩人）の住民票（必要な場合は戸籍謄本）
4. 事実婚関係に関する申立書（事実婚の場合にあって、兩人の住所が異なる場合）
5. 出生した場合の子の認知に関する意向書（事実婚の関係である場合）（任意様式）

第4号様式（第7条関係）

特定不妊治療受診等証明書
(保険適用終了後の特定不妊治療に対する助成回数追加用)

次の者については、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、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、これに係る医療費を次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
主治医氏名

【医療機関記入欄（主治医が記入すること。）】

次の項目について確認し、間違いがなければ、□にレ点を入れてください。

- ☐ 今回の治療までに実施した胚移植術の実施回数の合計が、次のとおりであり、保険適用の治療における上限回数に達していることを確認しました。
- ☐ 当医療機関は、生殖補助医療に係る保険医療機関です。
- ☐ 今回の治療は、保険適用外の治療で実施しました。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)	
今回の治療方法	A B C D E F (該当する記号 (※1 参照) に○を付けてください。)		A又はBの場合 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。)	
今回の治療期間 (※3)	年 月 日 ~ 年 月 日			
最初の保険診療による治療開始日 (第2子以降の特定不妊治療にあつては、当該不妊治療に係る最初の保険診療による治療開始日)			年 月 日	
今回の治療までの回数			①	回
①保険適用で実施した胚移植術実施回数			②	回
②保険適用終了後の特定不妊治療実施回数			③	回
③PGT-Aを含む特定不妊治療実施回数			計 回	
領収金額	[今回の治療にかかった金額合計 ※保険適用外の治療に限る。] 特定不妊治療費 領収金額 円			

※1 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、母胎の状態を整えるために1～3周期の間隔を空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目途が立たず治療終了
- E 受精できず、又は、胚の分割停止、変性、多精子授精等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

※2 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。

※3 治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までの期間を記入してください。

第5号様式（第7条関係）

特定不妊治療費助成申請書

（着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）を含む特定不妊治療に対する助成用）

年 月 日

（宛先）津市長

特定不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。
 なお、以前の保険診療回数等の確認のため、必要な範囲で、医療機関等へ照会することと同意します。

記

	(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日 (年齢)					
申請者	()		年 月 日 (歳)					
配偶者	()		年 月 日 (歳)					
申請者の住所	〒		電話 () 携帯 ()					
配偶者の住所 (申請者と異なる場合に記入してください。)	〒		電話 () 携帯 ()					
治療助成回数	・保険適用で実施した胚移植術実施回数 () 回 ・保険適用終了後の特定不妊治療実施にかかる助成回数 () 回 ・PGT-Aを含む特定不妊治療実施にかかる助成回数 () 回							
次の項目について確認し、間違いがなければ、□にレ点を入れてください。 ☐ 2回以上の特定不妊治療による胚移植の不成功若しくは2回以上の流死産の既往を有する不育症の夫婦又は夫婦のいずれかに染色体構造異常（均衡型染色体転座等をいう。）が確認されている夫婦です。								
申 請 額		円						
振込先								
振込口座 申出書 (申請者の 口座に限り ます。)	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)
受付年月日				(助成・却下) 決定年月日				
受給者番号								
					助成額			

※ 太枠の中を記入してください。

- （添付書類）
1. 特定不妊治療受診等証明書（医療機関の証明）
 2. 医療機関発行の領収書（原本）
 3. 世帯全員（事実婚の場合は兩人）の住民票（必要な場合は戸籍謄本）
 4. 事実婚関係に関する申立書（事実婚の場合にあって、兩人の住所が異なる場合）
 5. 出生した場合の子の認知に関する意向書（事実婚の関係である場合）（任意様式）

第6号様式（第7条関係）

特定不妊治療受診等証明書

(着床前胚染色体異数性検査 (PGT-A) を含む特定不妊治療に対する助成用)

次の者については、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、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、これに係る医療費を次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

主治医氏名

【医療機関記入欄（主治医が記入すること。）】

次の項目について確認し、間違いがなければ、□にレ点を入れてください。

- ☐ 今回の治療までに実施した特定不妊治療の実施回数の合計は次のとおりです。
- ☐ 2回以上の特定不妊治療による胚移植の不成功の既往を有する不妊症の夫婦、又は2回以上の流死産の既往を有する不育症の夫婦又は夫婦のいずれかに染色体構造異常（均衡型染色体転座等をいう。）が確認されている夫婦です。
- ☐ 当医療機関は、生殖補助医療に係る保険医療機関であり、着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）実施医療機関として承認されています。
- ☐ 今回の治療は、保険適用外の治療で実施しました。

(ふりがな) 受 診 者 氏 名		夫 ()	妻 ()
生年月日 (年齢)		年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
今回の治療方法		A又はBの場合 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。)	
今回の治療期間 (※3)		年 月 日 ~ 年 月 日	
最初の保険診療による治療開始日 (第2子以降の特定不妊治療にあっては、当該不妊治療に係る最初の保険診療による治療開始日)		年 月 日	
今回の治療までの回数		① 回	計 回 (※4)
①保険適用で実施した胚移植術実施回数		② 回	
②保険適用終了後の特定不妊治療実施回数		③ 回	
③PGT-Aを含む特定不妊治療実施回数			
領収金額		[今回の治療にかかった金額合計 ※保険適用外の治療に限る。]	
特定不妊治療費		領収金額 円	

※1 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、母胎の状態を整えるために1～3周期の間隔を空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目途が立たず治療終了

E 受精できず、又は、胚の分割停止、変性、多精子授精等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

※2 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。

※3 治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までの期間を記入してください。

※4 PGT-Aを含む特定不妊治療に係る助成の回数は1子あたり6回を限度とします。ただし、治療期間の初日において保険適用で実施した胚移植術実施回数、保険適用終了後の特定不妊治療に係る助成を受けた回数及びPGT-Aを含む特定不妊治療に係る助成を受けた回数並びに三重県内の他市町で助成を受けた回数と通算して1子あたり8回を超える場合は、助成の対象となりません。

第7号様式（第8条関係）

特定不妊治療費助成決定通知書

（記 号 番 号）
年 月 日

（氏 名） 様

津市長 （氏 名） 印

年 月 日付けで申請のあった特定不妊治療費の助成について、次のとおり助成することに決定しましたので通知します。

金額 _____ 円
（口座振込予定日 年 月 日）

第 8 号様式（第 8 条関係）

特定不妊治療費助成申請却下通知書

（記 号 番 号）
年 月 日

（氏 名） 様

津市長 （氏 名） 印

年 月 日付けで申請のあった特定不妊治療費の助成について、次の理由により却下することを決定しましたので通知します。

理由