

奈良県不妊治療費助成を行う市町村への補助事業実施要綱

（目的）

第1条 不妊治療のうち、体外受精及び顕微授精（以下「生殖補助医療」という。）及びこれに併せて行われる先進医療（以下「先進医療」という。）に要する経費を助成する市町村に対し、市町村が負担する治療費の一部を補助することにより、不妊に悩む夫婦等の経済的負担を軽減し、若い世代がライフプランとして妊娠・出産を視野に入れ、積極的に治療に取り組むことができるよう支援することを目的とする。

なお、本事業にかかる補助金の交付については、奈良県不妊治療費助成を行う市町村への補助事業補助金交付要綱（以下「補助金要綱」という。）に定めるところによる。

（補助対象）

第2条 本事業の補助の対象は、以下のいずれにも該当する者を対象として市町村が実施する不妊治療費助成とする。

- （1）生殖補助医療を受けた夫婦（事実婚含む。）であって、生殖補助医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医師に診断されていること。
- （2）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。
- （3）夫婦のうち、どちらか一方、又は両方が、助成を受けようとする治療期間の初日から申請日まで県内に住所を有していること。
- （4）治療期間の初日の時点において、補助金要綱第2条に定める医療保険各法に基づく被保険者又は被扶養者であること。

（対象となる治療等）

第3条 本事業の補助の対象となる治療は、厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして、地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において実施する令和4年4月1日以降に保険収載された不妊治療のうち、令和7年4月1日以降に開始した別表1に掲げる生殖補助医療（男性不妊治療を含む。以下同じ。）及び別表2に掲げる先進医療とする。

2 前項の規定にかかわらず、次の各号に該当する治療等は、補助の対象としない。

- （1）卵胞が発育しない等により卵子採取以前に治療を中止したもの。
- （2）夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供によるもの。
- （3）借り腹（夫婦の精子と卵子を使用できるが、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、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するものをいう。）によるもの。
- （4）代理母（妻が卵巣と子宮を摘出した場合等、妻の卵子が使用できない、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。）によるもの
- （5）保険診療と保険外診療とを組み合わせで行ういわゆる「混合診療」による治療等

(補助対象額の算定方法及び回数)

第4条 補助対象となる費用と基準額は、次の表に定める。

	1 区分	2 対象となる費用	3 基準額
(1)	保険診療で実施した治療	保険診療により実施した生殖補助医療に要した医療費	第2欄に定める費用のうち、健康保険法(大正11年法律第70号)第63条に定める療養の給付について、同法第74条に定める一部負担金から、同法第115条に定める高額療養費を除く、本人が負担する額の2分の1以内の額
(2)	保険適用回数の上限を超えて実施した治療	生殖補助医療のうち、保険適用の回数の上限を超過したため全額自費診療となった生殖補助医療に要した医療費	第2欄に定める費用のうち、本人が負担する額の2分の1以内の額
(3)	(1)又は(2)に追加して実施した先進医療	厚生労働大臣が先進医療として告示した技術等のうち、第1欄の区分(1)又は(2)に追加して実施した生殖補助医療に係るものに要した医療費	第2欄に定める費用のうち、本人が負担する額の2分の1以内の額

2 補助対象となる回数は以下に掲げるとおりとする。

(1) 保険診療で実施した治療に対する補助の回数は、保険診療における算定回数の上限と同じとし、初めて保険診療で実施した生殖補助医療の治療期間の初日における妻の年齢が40歳未満である場合は、保険診療により実施する胚移植術の回数が1子につき6回(40歳以上43歳未満であるときは3回)に至るまでとする。ただし、令和7年3月31日以前に開始した治療において、既に保険診療により胚移植術を実施している場合は、その残りの回数を上限とする。

なお、「治療期間の初日」とは、治療計画を作成した日(治療計画を作成しない場合は、採卵準備のための「薬品投与」の開始等の日)をいい、「1回の治療」とは、治療計画の作成(治療計画を作成しない場合は、採卵準備のための「薬品投与」の開始等)から、医学的に当該生殖補助医療が終了する(「妊娠の確認」等)までの生殖補助医療の実施の一連の過程をいう。また、以前に凍結した胚による胚移植を実施した場合については、以前に行った体外受精又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回とみなす。

(2) 保険適用回数の上限を超えて実施した治療に対する補助の回数は、1子につき胚移植術の回数が2回に至るまでとし、令和7年4月1日を起点として算定する。

(補助対象期間及び経費)

第5条 補助の対象となる期間は、市町村が県へ交付の申請をした日の属する年度の4月1日から翌年の3月31日までとする。

- 2 補助の対象となる経費は、市町村が県へ交付の申請をした日の属する年度に支出した扶助費、助成金及び補助金等とする。
- 3 市町村への助成の申請に当たっては、以下のとおり取り扱うこととする。
- (1) 助成を受けようとする者は、別に市町村長が定める日までに、居住地の市町村長に申請を行う。
 - (2) 申請には別途市町村が定める受診証明書（別添1「生殖補助医療費助成事業受診等証明書」参照）、申請書（別添2「生殖医療費等助成申請書」参照）及び必要書類を添付すること。なお、必要書類については、前回申請時に提出したものと同一場合は添付を省略することができる。
 - (3) 助成を受けた後、出産した場合は、これまで受けた助成回数をリセットする。その場合は、原則、住民票と戸籍謄本等で出生に至った事実を確認すること。
また、妊娠12週以降に死産に至った場合にも助成回数をリセットする。その場合は、死産届の写し等により確認すること。
 - (4) 申請等事務手続に当たっては、助成を受けようとする夫婦の心理及びプライバシーに十分配慮すること。

（広報活動等）

第6条 県及び市町村は、不妊治療に携わる保健医療関係者等に対し、本事業の趣旨を周知徹底するほか、以下の取組を行う。

- (1) 普及啓発の実施に当たっては、不妊治療を行う夫婦のみならず、その家族や妊娠・出産等を考えている者を含む一般の者にも広く普及啓発を図ること。
- (2) 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こと。
- (3) 助成を受けようとする夫婦が事前に本事業の趣旨、助成の条件等の情報を得られるよう、制度の周知、相談窓口の設置などに努めるとともに、市町村においては、申請書、受診証明書など助成の申請に係る必要な書類について、申請者が治療開始前に取得しやすいよう、窓口等での配布に加え、ホームページに掲載するなどの工夫を行うこと。

（留意事項）

第7条 事業の実施に当たっては、以下の事項に留意すること。

- (1) 本事業は、一般不妊治療及び先進医療以外の治療に対し助成するものではなく、生殖補助医療及び先進医療を受けた場合の自己負担の一部を助成するものである。
- (2) 市町村は、助成の状況を明確にするため、補助事業台帳を備え付け助成の状況を把握すること。なお、転居等により以前の助成状況を把握していない場合は、前住所地等へ照会するなど適宜確認を行うこと。

（県の補助）

第8条 県は、この実施要綱に基づいて実施する事業に要する経費については、補助金要綱に基づき、予算の範囲内で補助するものとする。

別表Ⅰ（補助対象となる生殖補助医療）

	治 療 内 容	評 価 項 目
保険収載となった治療のうち、 生殖補助医療に係るもの（男性不妊を除く）		生殖補助医療管理料
	①採卵	採卵術 採卵数加算 抗ミュラー管ホルモン（AMH）
	②採精	（男性不妊に記載）
	③体外受精・顕微授精	体外受精・顕微授精管理料 体外受精及び顕微授精 同時実施管理料 卵子調整加算 新鮮精子加算
	④受精卵・胚培養	受精卵・胚培養管理料 胚盤胞作成加算
	⑤胚凍結保存	胚凍結保存管理料
	⑥胚移植	胚移植術 アシステッドハッチング加算 高濃度ヒアルロン酸含有培養液加算
男性不妊	⑦Y染色体微小欠失検査	Y染色体微小欠失検査
	⑧精巣内精子採取術	精巣内精子採取術
	⑨採取精子調整管理料	
	⑩精液一般検査	
	⑪精子凍結保存管理料	1 精子凍結保存管理料 2 精子凍結保存維持管理料

別表2（先進医療として厚生労働大臣が告示したものうち各治療内容ごとに追加的に実施される場合があるもの）

	別表1の 治療内容	先進医療（申請）技術名	技 術 の 概 要
先進医療として告示されている不妊治療関連の技術	③	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）	ヒアルロン酸を含有する培地を用いて、成熟精子の選択を行う技術。
		強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI）	強拡大の顕微鏡を用いて、成熟精子の選択を行う技術。
	④	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養（タイムラプス）	培養器に内蔵されたカメラによって、胚培養中の胚を一定間隔で自動撮影し、培養器から取り出すことなく、正確な胚の評価が可能となる技術。
	⑥	子宮内膜刺激術（SEET法）	胚培養液を胚移植数日前に子宮に注入し、受精卵の着床に適した環境を作り出す技術。
		子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）	胚移植を行う予定の前周期に子宮内膜のスクラッチ（局所内膜損傷を与える）を行い、翌周期に胚移植を行う技術。
		子宮内膜受容能検査Ⅰ（ERA検査）	子宮内膜を採取し、次世代シーケンサーを用いて遺伝子の発現を解析し、内膜組織が着床に適した状態であるのかを評価する検査。
		子宮内細菌叢検査Ⅰ（EMMA／ALICE検査）	子宮内の細菌叢が、正常であるのか、異常であるのか、またその菌の種類の組成を判断する検査。
		子宮内細菌叢検査Ⅱ（子宮内フローラ検査）	子宮内の細菌叢が、正常であるのか、異常であるのか、またその菌の種類の組成を判断する検査。
		子宮内膜受容能検査Ⅱ（子宮内膜受容期検査（ERPeak 検査））	子宮内膜を採取し、RT-qPCR を用いて遺伝子の発現を解析し、内膜組織が着床に適した状態であるのかを評価する検査。
		タクロリムス投与療法（タクロリムス投与療法）	反復着床不全に対して、免疫抑制剤（タクロリムス）の投与を行う技術。
		着床前胚異数性検査（PGT-A）	胚から一部の細胞を採取して染色体の量の解析を行い、染色体数が正常な胚を選択する技術。
		二段階胚移植術（二段階胚移植法）	先行して初期胚を移植し、後日、継続培養を行った別の胚盤胞を移植する技術。
		膜構造を用いた生理学的精子選択術（マイクロ流体技術を用いた精子選別）	特殊な膜構造を用いて、成熟精子の選択を行う技術。

【別添Ⅰ（受診証明書 表面）】

第○号様式（第○条関係）

生殖補助医療費助成事業受診等証明書

令和 年 月 日

※該当するものに☑してください（すべてに☑がある場合のみ助成の対象となります）。

□下記の者については、生殖補助医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、生殖補助医療を実施し、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。

□この証明書には、生殖補助医療（うち、保険収載治療内容及び先進医療告示内容に限る）に係るもののみを記載しています。

□当医療機関は生殖補助医療管理料に係る届出を行っています。

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
受 診 者 (妻)	()	昭和 年 月 日 (歳) 平成
配 偶 者 (夫又はパートナー)	()	昭和 年 月 日 (歳) 平成

※以下、治療内容及びその費用（本人負担額）について、①～⑦にご記載ください（□があるものは、該当するものに☑してください）。

①過去の保険診療による胚移植回数 () 回 ※今回申請は含みません。

今 回 の 申 請 の 内 訳	申 請 回 数	治 療 期 間 ^{※2}
	治 療 内 容	本人負担額内訳 ^{※5}
	②生殖補助医療区分 ^{※1裏面をご確認の上、該当する記号に「○」をつけてください。} A B C D E F a	年 月 日～ 年 月 日 治療開始時点の妻の年齢 () 歳
	③ □ 保険適用 □ 保険適用の回数超過 (1 , 2) 回目 ●回数を○で囲んでください。	保険収載治療内容分 円 (男性不妊治療を除く、保険収載された治療内容に限る。)
	④先進医療 ^{※2下記をご確認の上、該当する番号をすべてご記載ください。} ()	先進医療分 円
	⑤男性不妊 ^{※3裏面をご確認の上、該当する番号をすべてご記載ください。} ()	男性不妊分 円

⑥※2 先進医療について (⑥のいずれかの該当する□に☑の上、回数超過の場合は回数に「○」が記載されていることが必須です。)

・助成対象となる治療・技術は、先進医療として厚生労働省より告示されているものに限りします。

・今回実施した先進医療の番号を上表の該当欄に記載のうえ、貴院における1回あたりの費用を下表に記載してください。

【注】④～⑥までの他に、新しく先進医療として告示された治療・技術を実施した場合は⑨に記入してください。

・貴院が不妊治療に係る先進医療を実施する保険医療機関として厚生局に登録されている技術について、下表のそれぞれの技術名の左欄に☑してください。

□	①ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICKSI)	円
□	②タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	円
□	③強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別 (IMSI)	円
□	④子宮内膜刺激術 (SEET法)	円
□	⑤子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ)	円
□	⑥子宮内膜受容能検査 (ERA)	円
□	⑦子宮内細菌叢検査 (EMMA,ALICE)	円
□	⑧子宮内細菌叢検査 (子宮内フローラ)	円
□	⑨子宮内膜受容能検査 (ERPeak)	円
□	⑩タクロリムス投与療法	円
□	⑪着床前胚異数性検査 (PGT-A)	円
□	⑫二段階胚移植法	円
□	⑬膜構造を用いた生理学的精子選択術 (マイクロ流体技術を用いた精子選別)	円
□	⑭その他 ()	円

(裏面もご確認ください。)

【別添Ⅰ（受診証明書 裏面）】

※ 1 生殖補助医療に係るステージ及び助成対象は以下のとおりです。

治療内容		採卵まで			採卵（夫）	精子凍結	受精 （前培養・成熟（顕微授精）・培養）	胚移植					妊娠の確認 （胚移植のおおむね2週間後）	助成対象範囲	
		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） （自然周期で行う場合もあり）	採卵				新鮮胚移植		凍結胚移植					
								胚移植	黄体期補充療法	胚凍結	薬品投与 （自然周期で行う場合もあり）	胚移植			黄体期補充療法
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受精等により中止														
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	卵巣が萎縮し、又は凍結精子のため中止												対象外		
H	採卵準備中・体調不良等により治療中止														
a	採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療中止												対象		

⑦ ※ 3 男性不妊について（⑥のいずれかの該当する口に⑦の上、回数超過の場合は回数に「〇」が記載されていることが必須です。）

- ・体外受精または顕微授精に用いるための精子を採取することを目的として実施した場合が対象です。
- ・実施した内容すべての記号を表面にご記載ください。また、主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が治療内容とともに領収金額を記載してください。
- ・新たに保険収載された治療を実施した場合は、エ）欄に治療名を記載してください。
- ・新たに先進医療として告示された治療・技術を実施した場合は、当該医療機関が当該先進医療の技術を実施する保険医療機関として厚生局に登録されていることを確認の上、オ）欄に⑦し、技術名、金額を記入してください。

記載 項目 あり	ア）Y染色体微小欠失検査
	イ）精巣内精子採取術（単純なもの、顕微鏡を用いたもの）※実施したものに「〇」をつけてください。
	ウ）精子凍結
	エ）上記以外の保険治療（ ）
	オ）□ 新たに先進医療として告示された治療・技術（ ）
当該医療機関での1回あたりの費用（ 円）	

※ 4 治療期間について

当該生殖補助医療に係る治療計画を作成した日（治療計画の作成を必要としない場合は、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（医学的に当該生殖補助医療が終了した日、原則妊娠判定日）までを記載してください。

ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から生殖補助医療終了日までを記載してください。

※ 5 費用について

出産（流産、死産を含む）に係る費用は対象外です。また、入院料、食事代、文書料等の直接治療に関係ない費用も対象外です。

【別添2(申請書 表面)】

第〇号様式(第〇条関係)

(第()子 申請)

令和 年 月 日

生殖補助医療費等助成申請書

〇〇〇市町村長 殿

申請者氏名 _____

関係書類を添えて下記のとおり生殖補助医療費及び先進医療費の助成を申請します。

また、〇〇〇(市町村)が生殖補助医療費等助成事業による助成金の交付状況について、他の自治体へ照会することに同意します。

助成対象者		(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	
	申請者	()	昭和 平成	年 月 日 (歳)
	配偶者	()	昭和 平成	年 月 日 (歳)
申請者住所		〒 - 電話 ()		
その他住所 (配偶者、送付先住所が異なる場合)		〒 - 電話 ()		
過去の助成歴 (令和7年4月1日以降)		奈良県内の市町村で、保険適用の回数を超えて実施した胚移植に対しての助成を受けたことがありますか。 □ある ⇒ 通算 () 回 (助成を受けた市町村名:) □なし		
振込先	金融機関名	銀行・組合 本店 店番 金庫・農協 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)	()
	口座番号	(左詰で記入)		

(注) 1 太枠の中を記入してください。

2 以下の書類を添付してください。

(1)生殖補助医療費助成事業受診等証明書(第〇号様式)

(3)住民票

(2)健康保険証及び限度額適用認定証の写し

(4)その他必要書類

3 申請できる期限は1回の治療が終了した日から〇〇です。

※市町村使用欄

保険適用分 ア	生殖補助医療の内、保険適用の合計 円	(助成対象額) 円	(県補助対象分) 円
保険適用回数超過分 イ	生殖補助医療の内、回数超過の合計 円	(助成対象額) 円	(県補助対象分) 円
先進医療分 ウ	先進医療の合計 円	(助成対象額) 円	(県補助対象分) 円
男性不妊分 エ	男性不妊治療の合計 円	(助成対象額) 円	(県補助対象分) 円
申請受付日	年 月 日	支給決定日 承認・不承認	年 月 日
助成額	円		