

# 大和高田市不妊治療費助成金交付要領

令和7年3月31日市長決裁

(趣旨)

第1条 この要領は、子育てを望み、不妊治療を受ける夫婦に対して、当該不妊治療に要する経費の一部を助成することにより、夫婦の心理的又は経済的負担を軽減することを目的とする大和高田市不妊治療費助成金（以下「助成金」という。）を交付することについて、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要領において次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 不妊治療 不妊症(不育症を含む。)の治療をいう。
- (2) 一般不妊治療 不妊治療のうち人工授精等(不妊症の診断のための検査及び不妊症の治療の効果を確認するための検査等治療の一環として実施される検査を含む。)をいう。
- (3) 不育治療 不妊治療のうち2回以上の流産、死産又は早期新生児死亡の既往があると医師に診断されている者に対する当該状態の検査及び治療をいう。
- (4) 一般不妊治療等 一般不妊治療及び不育治療をいう。
- (5) 生殖補助医療 不妊治療のうち体外受精及び顕微授精(男性不妊治療を含む。)をいう。
- (6) 先進医療 前号に規定する生殖補助医療に併せて行う先進治療をいう。
- (7) 生殖補助医療等 生殖補助医療及び先進治療をいう。
- (8) 夫婦 戸籍法(昭和22年法律第224号)による婚姻の届出をしている男女又は婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係にある男女をいう。
- (9) 医療保険各法 次に掲げる法律及びこれらに基づく命令をいう。
  - ア 健康保険法(大正11年法律第70号)
  - イ 船員保険法(昭和14年法律第73号)
  - ウ 私立学校教職員共済法(昭和28年法律第245号)
  - エ 国家公務員共済組合法(昭和33年法律第128号)
  - オ 地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)
  - カ 国民健康保険法(昭和33年法律第192号)
- (10) 治療期間 不妊治療に係る治療計画を作成した日から当該不妊治療が医学的に

終了する日までの期間をいう。

(11) 保険適用回数 医療保険各法の規定による療養の給付の対象となる一般不妊治療等又は生殖補助医療等の実施回数をいう。

(対象者)

第3条 この要領により、助成金の交付を受けることができる者(以下「対象者」という。)は、次の各号に掲げる区分に応じ、それぞれ当該各号に定めるものとする。

(1) 一般不妊治療等 不妊治療を受けた日において、夫婦のいずれか一方又は両方が本市に住所を有する者とする。

(2) 生殖補助医療等 第9条第1項に規定する者(不妊治療を受けた日において、夫婦のいずれか一方又は両方が本市に住所を有する者に限る。)とする。

(対象となる不妊治療)

第4条 助成の対象となる不妊治療(以下「助成対象治療」という。)は、次の各号に掲げる区分に応じ、それぞれ当該各号に定めるものとする。

(1) 一般不妊治療等 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(健康保険法第63条第3項第1号に規定する保健医療機関をいう。以下「保険医療機関」という。)で行われる一般不妊治療等とする。

(2) 生殖補助医療等 保険医療機関で行われる不妊治療であって、第9条第1項に規定する助成対象治療とする。

2 前項第1号の規定にかかわらず、次に掲げる一般不妊治療等は助成の対象としない。

(1) 夫婦以外の第三者からの精子、卵子又は胚の提供によるもの

(2) 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、当該第三者が妊娠及び出産し、夫婦の子とするもの

(3) 夫の精子と妻の卵子を体外受精してできた受精卵を妻以外の第三者の子宮に注入して、当該第三者が妊娠、出産し、夫婦の子とするもの

(4) 国又は他の地方公共団体から既に助成を受けているもの

(5) 前各号に掲げるもののほか市長が医師による医学的助言により十分な効果が期待できないと認めたもの

(助成金の額等)

第5条 助成金の額は、同一夫婦につき、次の各号に掲げる区分に応じ、それぞれ当該各号に定める額とし、その額に100円未満の端数があるときはこれを切り捨てた額とする。

(1) 一般不妊治療 対象者が支払った額の2分の1の額(医療機関各法に規定する高

額療養費を除く。)とし、各年度5万円を上限とする。

(2) 不育治療 対象者が支払った額の2分の1の額(医療機関各法に規定する高額療養費を除く。)とし、各年度10万円を上限とする。

(3) 生殖補助医療等 第9条第1項に規定する助成金の額とする。

2 前項の規定にかかわらず、第6条第1項第1号に規定する受診証明書の作成に要する費用、食事療養標準負担額(入院した場合に要する食事代をいう。)、個室料その他不妊治療に関係ない費用は助成の対象から除くものとする。

3 助成の対象となる不妊治療の回数(以下「助成対象回数」という。)は、同一夫婦につき、次の各号に掲げる区分に応じ、それぞれ当該各号に定める回数とする。

(1) 一般不妊治療等 医師が医学的見地から必要と判断した回数とする。

(2) 生殖補助医療等 第9条第1項に規定する助成対象回数とする。

(交付申請)

第6条 助成金の交付を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、大和高田市不妊治療費助成金(一般不妊医療等分)交付申請書兼請求書(様式第1号)又は大和高田市不妊治療費助成金(生殖補助医療等分)交付申請書兼請求書(様式第2号)に次に掲げる書類(以下「添付書類」という。)を添えて市長に提出しなければならない。

(1) 大和高田市不妊治療費助成金(一般不妊医療分)に関する受診証明書(様式第3号)、大和高田市不妊治療費助成金(不育治療分)に関する受診証明書(様式第4号)又は大和高田市不妊治療費助成金(生殖補助医療等分)に関する受診証明書(様式第5号)

(2) 一般不妊治療等又は生殖補助医療等に係る領収書若しくは証明書の原本又は原本の写し(対象者氏名、受診日、不妊治療の種別、対象となる費用の詳細、保険医療機関の名称が記載されたものに限る。)

(3) 申請者(代理人による申請の場合は、代理人を含む。)の氏名、住所及び生年月日が確認できる書類の写し(申請者本人より書類の呈示を受けた場合を除く。)

2 前項の規定にかかわらず、申請者が提出する添付書類において、前項に規定する申請に係る審査に必要な記載事項を確認することができないときは、次に掲げる書類の提出を求めることができる。

(1) 医療保険各法の規定による被保険者若しくは被扶養者であることを証する書類の原本又は原本の写し

(2) 医療保険各法の規定による限度額適用認定証の写し(交付されている者に限る。)

(3) 夫婦であることを証する書類

(4) 前号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

3 第1項の規定による申請は、治療期間の初日が属する年度の翌年度（災害その他やむを得ない事由により、申請者が申請することができない場合にあっては、翌々年度）の末日までに行わなければならない。

(交付決定)

第7条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査の上、交付の可否を決定し、大和高田市不妊治療費助成金交付（不交付）決定通知書（様式第6号）により、申請者に通知するものとする。

(交付)

第8条 市長は、前条の規定による交付の決定を受けた者に対して、大和高田市不妊治療費助成金（一般不妊医療等分）交付申請書兼請求書又は大和高田市不妊治療費助成金（生殖補助医療等分）交付申請書兼請求書による請求により、助成金を交付するものとする。

(生殖補助医療等の特例)

第9条 市長は、不妊治療のうち生殖補助医療等に係る助成金の交付につき、対象者、助成対象治療、助成金の額及び助成対象回数については、奈良県知事又はその委任を受けた者が別に定める基準（以下「助成基準」という。）により交付を行うものとする。

2 市長は、前項に規定する助成基準について、本市ホームページへの掲載、印刷物の配布その他適切な方法により周知するものとする。

(取消し等)

第10条 市長は、第3条各号又は第4条第1項各号に掲げる要件に該当しないこと、第4条第2項各号に掲げる要件に該当すること又は虚偽その他不正な手段により助成金の交付を受けたことが明らかになった者に対して、その決定の全部若しくは一部を取り消し、既に交付した助成金の全部若しくは一部の返還を命ずることができる。

(受給権の譲渡又は担保の禁止)

第11条 助成金の交付を受ける権利は、譲り渡し、又は担保に供してはならない。

(不妊治療に係る情報の提供)

第12条 市長は、少子化社会対策基本法（平成15年法律第133号）第13条第2項の趣旨にのっとり、不妊治療を受ける夫婦又は受けようとする夫婦の心理的負担に十分に配慮するとともに、良質かつ適切な不妊治療が提供されるよう、必要に応じて、当該夫婦に対して不妊治療に係る情報の提供を行う等必要な施策を講ずるものとする。

(補則)

第13条 この要領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 この要領は、令和7年4月1日から施行する。

(適用区分)

2 この要領は、令和6年4月1日から令和7年3月31日までの期間において一般不妊治療等を受けた者に適用する。この場合において、第5条第1項第1号中「各年度5万円」とあるのは、「各年度10万円」と読み替えるものとする。

附 則 (令和7年8月1日保健部長専決)

(施行期日)

この要領は、令和7年8月1日から施行する。

申請日 年 月 日

大和高田市長 宛

## 大和高田市不妊治療費助成金（一般不妊医療等分）交付申請書兼請求書

大和高田市不妊治療費助成金交付要領第6条の規定により、次のとおり申請します。なお、夫婦以外が申請する場合は、裏面「委任状」が必要です。

助成対象者	申請者	フリガナ (氏名) (生年月日) 年 月 日 歳
	配偶者	フリガナ (氏名) (生年月日) 年 月 日 歳
	申請者住所	〒
	配偶者住所	〒 □申請者と同じ
	申請者電話番号	( )
	過去の助成歴	他の地方自治体で一般不妊治療等に係る助成を受けたことがありますか。 はい・いいえ
<b>【添付書類】（該当する□に☑を記入してください）</b>		
<input type="checkbox"/>	大和高田市不妊治療費助成金（一般不妊医療分）に関する受診証明書又は大和高田市不妊治療費助成金（不育治療分）に関する受診証明書	
<input type="checkbox"/>	領収書若しくは証明書の原本又は原本の写し（ただし、対象者氏名、受診日、不妊治療の種別、対象となる費用の詳細、保険医療機関の名称が記載されたものに限る。）	
<input type="checkbox"/>	申請者（申請を代理により行う場合は、申請者及び本人）の氏名、住所及び生年月日が確認できる書類の写し ※持参して職員に呈示する場合は不要	
<input type="checkbox"/>	市長が必要と認める書類（ ）	
<b>【誓約・同意事項】（該当する□に☑を記入してください）</b>		
<input type="checkbox"/>	この申請書の記載内容は、事実と相違ありません。	
<input type="checkbox"/>	申請に係る審査に際して、本市が関係機関（地方自治体、医療機関など）又は申請者本人に対して、関係機関が本市若しくは申請者本人に対して、申請内容（助成の有無など）について確認することに同意します。	
<input type="checkbox"/>	この申請書に添付した「大和高田市不妊治療費助成金（一般不妊医療分）に関する受診証明書」又は「大和高田市不妊治療費助成金（不育治療分）に関する受診証明書」及び「領収書若しくは証明書の原本又は原本の写し」に記載された金額に誤りがあった場合は、市長が申請者（助成金の交付の決定を受けた者を含む。）に対して助成金の返還が命じることがある事を承知しています。また市長から返還命令があった場合は、交付された助成金を市長が指定する口座に速やかに返還することに同意します。	

（裏面の口座指定を忘れないようにしてください）

(裏)

助成金の交付が決定したときは、大和高田市不妊治療費助成金交付（不交付）決定通知書（様式第6号）に記載された交付決定額を請求しますので、以下の口座に振り込んでください。

金融機関名	支店名	口座の種別	
銀行 農協 信金 ゆうちょ銀行	本店 支店 出張所	口座の種別	普通・当座・その他( )
	店番（ゆうちょは 記名又は店名）	口座番号	
		フリガナ	
		口座名義人	

委任状

大和高田市長 宛

委任者(夫又は妻) 氏名 \_\_\_\_\_ 印(自署)

住所 \_\_\_\_\_

私は、下記の者を代理人と定め、大和高田市不妊治療費助成金交付要領に基づく助成金の申請その他助成金の交付手続及び助成金の受領にかかる権限を委任します。

代理人(受任者) 氏名 \_\_\_\_\_

委任者との関係(続柄) \_\_\_\_\_

大和高田市市長 宛

## 大和高田市不妊治療費助成金（生殖補助医療等分）交付申請書兼請求書

大和高田市不妊治療費助成金交付要領第6条の規定により、次のとおり申請します。なお、夫婦以外が申請する場合は、裏面「委任状」が必要です。

助成対象者	申請者	フリガナ (氏名) (生年月日) 年 月 日 歳
	配偶者	フリガナ (氏名) (生年月日) 年 月 日 歳
	申請者住所	〒
	配偶者住所	〒 □申請者と同じ
	申請者電話番号	( )
	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助成をうけたことがありますか。 はい・いいえ はいと答えた方へ⇒ 通算( )回 助成を受けた市町村名( )
【添付書類】（該当する□に☑を記入してください）		
<input type="checkbox"/> 大和高田市不妊治療費助成金（生殖補助医療等分）に関する受診証明書		
<input type="checkbox"/> 領収書若しくは証明書の原本又は原本の写し（ただし、対象者氏名、受診日、不妊治療の種別、対象となる費用の詳細、保険医療機関の名称が記載されたものに限る。）		
<input type="checkbox"/> 申請者（申請を代理により行う場合は、申請者及び本人）の氏名、住所及び生年月日が確認できる書類の写し ※持参して職員に呈示する場合は不要		
<input type="checkbox"/> 市長が必要と認める書類( )		
【誓約・同意事項】（該当する□に☑を記入してください）		
<input type="checkbox"/> この申請書の記載内容は、事実に相違ありません。		
<input type="checkbox"/> 申請に係る審査に際して、本市が関係機関（地方自治体、医療機関など）又は申請者本人に対して、関係機関が本市若しくは申請者本人に対して、申請内容（助成の有無など）について確認することに同意します。		
<input type="checkbox"/> この申請書に添付した「大和高田市不妊治療費助成金（生殖補助医療等分）に関する受診証明書」及び「領収書若しくは証明書の原本又は原本の写し」に記載された金額に誤りがあった場合は、市長が申請者（助成金の交付の決定を受けた者を含む。）に対して助成金の返還が命じることがある事を承知しています。また市長から返還命令があった場合は、交付された助成金を市長が指定する口座に速やかに返還することに同意します。		

（裏面の口座指定を忘れないようにしてください）

(裏)

助成金の交付が決定したときは、大和高田市不妊治療費助成金交付（不交付）決定通知書（様式第6号）に記載された交付決定額を請求しますので、以下の口座に振り込んでください。

金融機関名	支店名	口座の種別	
銀行 農協 信金 ゆうちょ銀行	本店 支店 出張所	口座の種別	普通・当座・その他( )
	店番（ゆうちょは 記名又は店名）	口座番号	
		口座名義人	フリガナ

委任状

大和高田市長 宛

委任者(夫又は妻) 氏名 \_\_\_\_\_ 印 (自署)

住所 \_\_\_\_\_

私は、下記の者を代理人と定め、大和高田市不妊治療費助成金交付要領に基づく助成金の申請その他助成金の交付手続及び助成金の受領にかかる権限を委任します。

代理人 (受任者) 氏名 \_\_\_\_\_

委任者との関係 (続柄) \_\_\_\_\_

大和高田市長宛

大和高田市不妊治療費助成金（一般不妊医療分）に関する受診証明書

（医療機関）所在地

名称

医師氏名

印

次のとおり一般不妊治療等のうち一般不妊治療を実施したことを証明します。

受診者(夫)	フリガナ			
	(氏名)	(生年月日)	年 月 日 歳	
受診者(妻)	フリガナ			
	(氏名)	(生年月日)	年 月 日 歳	
治療期間の初日	年 月 日			
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで			
治療内容	一般不妊治療 院外処方の有無 ( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )			
	<input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査	<input type="checkbox"/> 排卵誘発剤 ( 回 )		
	<input type="checkbox"/> 精液検査	<input type="checkbox"/> 人工授精 ( 回 )		
	<input type="checkbox"/> タイミング療法	<input type="checkbox"/> 手術療法 (手術法 )		
	<input type="checkbox"/> 精巢生検	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
本人負担額の内訳	受診年月	医療機関徴収分		薬局徴収分
		保険診療分		②保険診療以外の本人負担額
	医療費総額	①本人負担額		
	年 4月分			
	5月分			
	6月分			
	7月分			
	8月分			
	9月分			
	10月分			
	11月分			
	12月分			
	年 1月分			
	2月分			
3月分				
一般不妊治療に要した費用の総額 領収金額 円(本人負担額①+②+③の合計額)				
窓口での支払いを自己負担限度額までとする限度額適用認定証等の交付対象者であるか。 ( <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ )				
【誓約事項】(該当する□に☑を記入してください。全て☑が無い場合は助成対象となりません。)				
<input type="checkbox"/>	この証明書の作成に要する費用、食事療養標準負担額（入院した場合に要する食事代をいう。）、個室料その他不妊治療に関係ない費用は記載していません			
<input type="checkbox"/>	院外処方の有無が「有」の場合は、本人の負担額の内訳欄の薬局徴収分へ薬局の領収書から転記しています。			
<input type="checkbox"/>	限度額適用認定証等の交付対象者である場合、受診者本人から限度額適用認定証（マイナ保険証を含む。）の提示を受ける等により確認を行っている。			

大和高田市長宛

大和高田市不妊治療費助成金（不育治療分）に関する受診証明書

（医療機関）所在地

名称

医師氏名

印

次のとおり一般不妊治療等のうち不育治療を実施したことを証明します。

受診者(夫)	フリガナ			
	(氏名)	(生年月日)	年 月 日 歳	
受診者(妻)	フリガナ			
	(氏名)	(生年月日)	年 月 日 歳	
治療期間の初日	年 月 日			
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで			
不育治療 院外処方の有無 ( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )				
<input type="checkbox"/> 検査名 ( ) <input type="checkbox"/> 薬物療法(内服、注射) ( ) <input type="checkbox"/> 手術療法 (手術法) ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
本人負担額の内訳	受診年月	医療機関徴収分		薬局徴収分
		保険診療分		②保険診療以外の本人負担額
	医療費総額	①本人負担額		
	年 4月分			
	5月分			
	6月分			
	7月分			
	8月分			
	9月分			
	10月分			
	11月分			
	12月分			
	年 1月分			
	2月分			
3月分				
不育治療に要した費用の総額 領収金額 円(本人負担額①+②+③の合計額)				
限度額適用認定証(マイナ保険証を含む。)の交付の有無 (高額療養費制度など)			( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )	
【誓約事項】(該当する□に☑を記入してください。全て☑が無い場合は助成対象となりません。)				
<input type="checkbox"/> この証明書の作成に要する費用、食事療養標準負担額(入院した場合に要する食事代をいう。)、個室料その他不妊治療に関係ない費用は記載していません				
<input type="checkbox"/> 院外処方の有無が「有」の場合は、本人の負担額の内訳欄の薬局徴収分へ薬局の領収書から転記しています。				
<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証(マイナ保険証を含む。)の交付の有無が「有」の場合、受診者本人から限度額適用認定証の提示を受ける等により確認を行っている。				

大和高田市長宛

## 大和高田市不妊治療費助成金（生殖補助医療等分）に関する受診証明書

（医療機関）所在地

名称

医師氏名

印

次のとおり生殖補助医療等を実施したことを証明します。

受診者(夫)	フリガナ	
	(氏名)	(生年月日) 年 月 日 歳
受診者(妻)	フリガナ	
	(氏名)	(生年月日) 年 月 日 歳
治療期間の初日	年 月 日	治療開始時点の妻の年齢( )歳
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで 裏面①をご確認の上でご記入をお願いします。	
過去の治療歴	これまでの胚移植回数	回(今回申請分を除く)
治療内容		本人負担額
生殖補助医療	区分(A・B・C・D・E・F・I) 裏面②をご確認の上で該当する記号に「○」を記入してください。 <input type="checkbox"/> 保険適用 <input type="checkbox"/> 保険適用回数超過（1回目・2回目）	※注 _____円 (保険収載治療内容分) 男性不妊治療を除く、保険収載された治療内容に限る。
	※注 限度額適用認定証(マイナ保険証を含む。)の交付の有無(高額療養費制度など)	( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )
先進医療	区分( ) 裏面③をご確認の上で該当する番号を記入してください。	_____円
男性不妊	区分( ) 裏面④をご確認の上で該当する記号を記入してください。	_____円
本人負担額合計(裏面⑤をご確認ください。)		_____円
【誓約事項】(該当する□に☑を記入してください。全て☑が無い場合は助成対象となりません。)		
<input type="checkbox"/>	受診者については、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以上のとおり徴収したことを証明します。	
<input type="checkbox"/>	この証明書には、生殖補助医療(保険収載治療内容及び先進医療告示治療内容に限る)に係るもののみを記載しています。また生殖補助医療管理料に係る届出を行っています。	
<input type="checkbox"/>	限度額適用認定証(マイナ保険証を含む。)の交付の有無が「有」の場合、受診者本人から限度額適用認定証の提示を受ける等により確認を行っている。	

(裏面に続く)

(裏)

①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。

②生殖補助医療の区分について

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。

なお、記入する際には□保険適用又は□保険適用回数超過（1回目・2回目）に☑及び○が記入されているかを確認してください。

治療内容	採卵まで				採精（夫）	精子凍結 （前培養・凍結・顕微授精・培養）	胚移植				助成対象範囲 （胚移植のおおむね2週間後）	助成対象	
	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	凍結胚移植			新鮮胚移植		凍結胚移植				
							胚移植	黄体期補充療法	胚移植	黄体期補充療法			
A 新鮮胚移植を実施													
B 凍結胚移植を実施													
C 以前に凍結した胚を解冻して胚移植を実施													
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 顕微鏡が壊滅しない、又は採卵終了のため中止													対象外
H 採卵準備中、体調不良等により治療中止													対象外
I 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

③先進医療について

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、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】①～⑬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⑭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。

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

④男性不妊治療について

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☑し、技術名、金額を記入してください。

記載事項あり	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 ※○を記入してください）	
	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

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。

第 号  
年 月 日

様

大和高田市長

印

大和高田市不妊治療費助成金交付（不交付）決定通知書

年 月 日付けで申請のあった大和高田市不妊治療費助成金の交付について、下記のとおり決定したので、通知します。

記

決定区分	交付 ・ 不交付
不妊治療の種別	一般不妊治療等 ・ 生殖補助医療等
交付対象額	金 円
交付決定額	金 円 (交付決定額に100円未満の端数があるときはこれを切り捨てた額とする)
不交付決定の理由	
備考	