

神戸市先進医療にかかる不育症検査助成事業実施要綱

(目的)

第1条 現在、研究段階にある不育症検査のうち、保険適用を見据え先進医療として実施されるものを対象に、不育症検査に要する費用の一部を助成することにより、不育症の方の経済的な負担の軽減を図ることを目的とする。

(用語の定義)

第2条 この要綱において「不育症」とは、2回以上の流産や死産、早期新生児死亡の既往があることをいう。

(実施主体)

第3条 本事業の実施主体は神戸市とする。

(助成対象者)

第4条 本事業の助成対象者（以下、「対象者」という。）は、次の要件のすべてを満たす者とする。

- (1) 神戸市内に住所を有し、第5条に規定する検査を受けた女性。
- (2) 2回以上の流産や死産、早期新生児死亡の既往があると医師に診断されていること。
- (3) 申請に係る不育症の検査を行った期間は、原則、当該年度の4月1日から3月31日までとする。
- (4) 申請に係る検査について、「神戸市不育症治療支援事業」や他の自治体を実施する不育症の治療等の助成を受けていないこと。
- (5) 先進医療にかかる不育症検査結果個票（様式第3号）により、検査結果等を神戸市が国へ報告し、国が当該検査の保険適用に向けた検討等に活用する可能性があることについて同意すること。

(対象となる検査)

第5条 本事業の対象となる検査（以下、「対象検査」という。）は、対象者が受けた次の要件のすべてを満たす検査とする。

- (1) 先進医療として告示されている不育症検査とし、その実施機関として承認されている保健医療機関で実施するもの。
- (2) 保険適用されている不育症に関する治療・検査を、保険診療として実施している医療機関で当該検査を実施した場合に限る。

(助成額)

第6条 1回の検査につき5万円までとする。

(助成の申請)

第7条 対象者は、原則として対象検査を実施した日の属する年度内(3月31日まで)に、先進医療にかかる不育症検査助成申請書(様式第1号)、先進医療にかかる不育症検査受診等証明書(様式第2号)、先進医療にかかる不育症検査結果個票(様式第3号)及び必要書類を添えて、居住地を管轄する区保健福祉部を経由して市長に申請を行うものとする。

(助成の決定)

第8条 市長は、申請書の提出を受けたときは、速やかにこれを審査し、その結果を申請者に書面により通知するものとする。ただし、不承認と決定したときは、その理由を付して通知しなければならない。

(助成金の返還等)

第9条 市長は、申請者が偽りその他不正な行為により助成を受け、また受けようとすることが明らかと認められるときは、助成金の交付決定を取り消し、又は交付した助成金の全部もしくは一部の返還を請求することができる。

(その他)

第10条 この要綱に定めるもののほか、本事業の実施に関して必要な事項は別に定める。

附則

(施行期日)

第1条 この要綱は、令和3年8月1日に施行し、令和3年4月1日から適用する。

神戸市先進医療にかかる不育症検査助成事業申請書

- 関係書類を添えて下記のとおり先進医療にかかる不育症検査の助成を申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、住民票等の確認を行うことに同意します。
- 本申請にあたり、以前居住していた自治体での助成の有無の確認を行うことに同意します。
- 本申請に係る検査及び治療に対し、他の自治体の助成を受けません。
- 本申請にあたり、併せて提出する様式第3号の内容について、神戸市が国へ報告し、国が当該検査の保険適用に向けた検討等に活用する可能性があることについて同意します。

記

		(フリガナ) 氏名	生年月日	
申請者	(フリガナ) ※自署		昭和 平成	年月日生(歳)
	住所	〒 電話 ()		
申請額 金 _____ 円 (上限額 5万円)				
令和 年 月 日 神戸市長宛				
振込先(※)	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	(フリガナ) 口座名義人	()
	口座番号			(左詰記入)
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	
受給者番号				

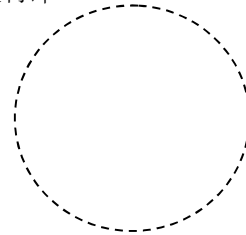
注1) 太枠の中をご記入ください。

※: 口座名義人は申請者の個人名義であること。

注2) 申請期限、助成要件等があるので、あらかじめご確認ください。

- (添付書類) 1. 先進医療にかかる不育症検査受診等証明書(様式第2号)
2. 先進医療にかかる不育症検査結果個票(様式第3号)
3. 領収書(受診等証明書の領収年月日及び領収金額と一致するもの)

受付印



神戸市先進医療にかかる不育症検査受診等証明書

下記の者については、2回以上の流産や死産、早期新生児死亡の既往があることから、不育症の検査を行いました。つきましては、これにかかる医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

当医療機関は、保険適用となっている不育症に関する治療・検査について保険診療で実施しています。

(ふりがな) 受検者氏名	()	生年 月日	昭和 平成	年	月	日 (歳)
実施した検査						
検査実施日※1	令和 年 月 日					
領収金額合計※2	[今回の検査にかかった金額合計 ※先進医療部分に限る] 検査費用 領収金額 円					

※1：治療期間については、当該年度の4月1日から、当該年度末の3月末までを対象とします。左記期間内の検査日を記載してください。

※2：領収金額の一致する検査実施日の領収書を別途添付して下さい。

先進医療にかかる不育症検査結果個票（流産検体を用いた染色体検査）

受検者氏名： _____ 実施医療機関名： _____

※ 国への報告時は秘匿 ※ 国への報告時は秘匿

領収金額： _____ 円 ※ 医療機関が受検者から検査費用として領収した額

- 流産絨毛染色体分析結果
 - 所見なし（46, XX 46, XY）
 - 所見あり（内容： _____）
 - 分析不可（増殖不良などの理由で分析に至らなかった場合など）

- 母親年齢（ ____ 歳） 父親年齢（ ____ 歳）

- 既往妊娠回数
妊娠 ____ 回（今回を含む）
〔 生産 ____ 回、生化学的妊娠（化学流産） ____ 回、
流産（生化学的妊娠を含まない） ____ 回、異所性妊娠（子宮外妊娠） ____ 回 〕

- 不妊治療の有無（有・無・不明）、有りの場合不妊期間（ ____ 年 ____ ヶ月）

- 抗リン脂質抗体症候群の有無（有・無・不明）
◇ 今回の妊娠での治療
 - 治療なし
 - 低用量アスピリン療法
 - 低用量アスピリン及びヘパリン療法
 - その他の治療（内容： _____）

- 子宮形態異常（子宮奇形）の有無（有・無・不明）
◇ 有の場合
 - 子宮鏡下中隔切除術施行
 - その他の治療（内容： _____）
 - 治療なし

- 甲状腺機能異常の有無（有・無・不明）
◇ 有の場合
 - 治療あり（内容： _____）
 - 治療なし

- 血栓性素因の有無（有・無・不明）
◇ 有りの場合
 - ProteinS 欠乏症
 - ProteinC 欠乏症
 - 第XII因子欠乏症
◇ 今回の妊娠での治療について
 - 治療なし
 - 低用量アスピリン療法
 - 低用量アスピリン及びヘパリン療法
 - その他の治療（内容： _____）

※ 本個票は、受検者氏名、実施医療機関名を秘匿とした上で、国に報告され、当該検査の保険適用に向けた検討等に活用される可能性があります。

【神戸市記入欄】 報告No： _____