船橋市不育症検査費用助成事業実施要綱

（目的）

第１条　この要綱は、先進医療に位置付けられた不育症検査を対象として、当該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。

（対象者）

第２条　助成の対象となる者は、次の各号に掲げる要件を全て満たす者とする。

（１）既往流死産回数が２回以上の者

（２）申請日において市内に住所を有し、かつ、住民基本台帳に記録されていること。

（助成の対象となる検査等）

第３条　以下の検査（流死産の既往ある者に対して先進医療として行われる不育症検査）であって、当該検査の実施機関として届出又は承認がなされている保険医療機関で実施するもの（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。）を対象とする。また、対象者が他の地方公共団体より国の実施する不育症検査費用助成事業による検査費の助成を受けたことがあるときは、その検査は対象外とする。

① 流死産検体を用いた遺伝子検査１（次世代シーケンサーを用いた流死産絨毛・胎児組織染色体検査）（令和４年 11 月 30 日厚生労働省告示第 340 号）

② 抗ネオセルフ β_2 グリコプロテイン I 複合体抗体検査（令和７年５月 30 日厚生労働省告示第 167 号）

③ 流死産検体を用いた遺伝子検査２（流死産絨毛・胎児組織 NGS 染色体検査）（令和８年４月 30 日厚生労働省告示第 206 号）

（助成の額）

第４条　助成の額は、１回の検査に係る費用の７割に相当する額（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。）とする。ただし、６万円を上限とする。

（助成の申請）

第５条　助成を受けようとする者は、原則として、検査が終了した日の属する年度内に、船橋市不育症検査費用助成申請書（第１号様式）に次に掲げる書類を添付して市長に申請しなければならない。

（１）不育症検査費用助成検査受検証明書（第２号様式）

（２）その他市長が必要と認める書類

（助成の決定）

第６条　市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、助成の承認、不承認及び金額を決定し、不育症検査費用助成承認・不承認決定通知書（第３号様式）により、当該申請をした者（以下「申請者」という。）に通知するものとする。

２　当該年度分の助成対象か否かについては、申請が行われた日を基準とする。

（助成決定の取消等）

第７条　偽りその他不正手段により助成の決定を受けた申請者があるとき又は助成後に助成の額に過誤が判明したときは、市長は、助成の決定を取り消し、又は助成した額の全部若しくは一部を返還させるものとする。

（実績・成果の把握）

第８条　市長は、助成を受けようとする者に対し、あらかじめ以下の事項を説明すること。

・「不育症検査費用助成検査受検証明書」に記載された検査結果等について、個人が特定されない形で国に提出すること。

・当該検査結果等について、国が集約・分析等を行い、施策の検討に活用すること。

２　市長は、年度ごとに、申請者から提出のあった上記項目を記載した不育症検査結果総括表を別に定める期日までにこども家庭庁に提出する。

（実施医療機関）

第９条　実施医療機関は、不育症に係る先進医療を実施する保険医療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とする。

２　市長は、先進医療として告示されている不育症検査を実施する管内の保険医療機関を、厚生労働省地方厚生局のホームページの確認及び地方厚生局への問い合わせにより、把握する。

（その他）

第１０条　市長は、助成の状況を明確にするため、必要に応じて、不育症検査費用助成事業台帳を備え付け、助成の状況を把握する。

２　本事業の申請等事務手続きに当たっては、助成を受けようとする者の心理及びプライバシーに十分配慮すること。ならびに本事業により知りえた個人の情報は、本事業の目的以外に使用してはならない。

３　この要綱に定めるもののほか、不育症検査費用助成事業の実施に関し必要な事項については、別に定める。

附　則

この要綱は、令和３年６月 30 日から施行し、同年４月１日以後実施された不育症検査の助成について適用する。

附　則

この要綱は、令和５年２月 20 日から施行し、令和４年 12 月１日から適用する。

附　則

この要綱は、令和７年６月 30 日から施行し、令和７年６月１日から適用する。

附　則

（施行期日）

１　この要綱は、令和７年７月 25 日から施行し、令和７年７月１日から適用する。

（経過措置）

２　この要綱の施行の際現に調製されている用紙は、当分の間所要の調整をして使用することができる。

附　則

この要綱は、令和８年６月５日から施行し、令和８年５月１日から適用する。

第１号様式

船橋市不育症検査費用助成申請書

「不育症検査費用助成検査受検証明書」に記載の検査結果等について、個人が特定されない形で国に提出し、国がその情報を施策の検討に活用するため集約・分析等を行うことについて同意の上、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

	（ふりがな） 氏　　名	生年月日
申請者※1	（　　）	年　月　日（　歳）
住　所	〒	電話　（　）
備　考		
申請額	※2 申 請 額　　金　　円 年　月　日 船 橋 市 長　あて	

- 黒ボールペンで記入してください。（消せるボールペンは使用しないでください。）
- 訂正する場合は「＝（二重線）」で訂正し、訂正箇所に訂正印またはサインをしてください。修正液、修正テープでの訂正は不可です。

※1　申請者は受検者である必要があります。また、助成金振込先口座は申請者名義の口座となります。
※2　申請額が、上限額に満たない場合は領収金額と同額となります。

添付書類

①不育症検査費用助成事業受検証明書
②その他市長が必要と認める書類

検査の内容及び結果について行政への
報告を行うことに関する説明書

「不育症検査費用助成検査受検証明書」に記載の検査結果等を国が収集し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ります。なお、報告にあたり、氏名及び実施医療機関は秘匿とし、年齢、検査費用、検査内容及び検査結果が報告対象となります。

※船橋市記入欄

受給者番号
受理年月日
決定年月日

第２号様式

※船橋市が記入

受給者番号	

不育症検査費用助成検査受検証明書

下記の者については、不育症検査費用助成事業の対象となる検査（流死産の既往のある者に対して先進医療として行う不育症検査）を実施し、これに係る医療費を下記の通り徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の名称及び所在地

主治医

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る。（該当することを確認の上、☐に✓を入れてください。）

（ふりがな） 受検者	氏名	（　　）	生年月日	年　月　日（　歳）
既往流死産回数	回 ※今回の流死産を含む（助成金の対象者となるのは２回以上の場合）			
今回の妊娠における不妊治療の有無	有り（治療期間　　年　ヶ月）　・　無し　・　不明			
今回の妊娠における不育症治療の有無	有り（治療内容：　　）　・　無し			
実施した先進医療の検査				
検査実施日	年　月　日			
検査結果 (次世代シーケンサーを用いた流死産絨毛・胎児組織染色体検査の場合)	所見無し(46,XX　46,XY)　・　所見有り(内容：　　)　・　分析不可			
検査結果 (抗ネオセルフβ2グリコプロテインⅠ複合体抗体検査の場合)	陽性　・　陰性			
検査結果 (流死産絨毛・胎児組織 NGS 染色体検査の場合)	所見無し(46,XX　46,XY)　・　所見有り(内容：　　)　・　分析不可			
領収金額	〔※先進医療の検査費用に限る〕 領収金額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円			

第３号様式

第　　号
年　　月　　日

様

船橋市長

不育症検査費用助成承認・不承認決定通知書

年　月　日付けで申請のあった不育症検査費用助成について、下記のとおり決定したので通知します。

記

承認	助成金額
不承認	理由

受給者番号