桑名市告示第190号

桑名市特定不妊治療費助成（回数追加）事業実施要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和7年7月1日

桑名市長 伊藤 徳 宇

桑名市特定不妊治療費助成（回数追加）事業実施要綱の一部を改正する告示

桑名市特定不妊治療費助成（回数追加）事業実施要綱（令和4年桑名市告示第167号）の一部を次のように改正する。

第4条第2項中「対して、保険適用の上限回数」の次に「及び着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）を含む特定不妊治療費助成事業の助成回数」を加える。

様式第1号及び様式第2号を次のように改める。

様式第1号（第5条関係）

桑名市特定不妊治療費助成事業（回数追加）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事業用）

関係書類を添えて、特定不妊治療費の助成を申請します。

	(ふりがな) 氏名	生年月日
夫	()	年 月 日生 (歳)
妻	()	年 月 日生 (歳)
住所(夫)	〒 携帯 ()	電話 ()
住所(妻)	〒 携帯 () ☐ 夫と同じ	電話 ()
<p>以下について確認し、間違いがなければ□にレ点を入れてください。</p> <p>☐ 特定不妊治療について、保険適用の上限回数（リセット後の回数を含む）を終了しました。</p> <p>☐ 特定不妊治療について、保険適用の上限回数及びP G T - Aを含む特定不妊治療費助成事業利用回数と合わせて通算8回以内である。</p>		
<p>申請者氏名</p> <p>夫 _____ 妻 _____</p> <p style="text-align: center;">*以前の保険診療回数等について、医療機関に確認することを同意します。</p> <p>桑名市にお住まいの方（住民票がある方）のみ</p> <p>☐ 桑名市の住民基本台帳（住民票）の情報を照会することに同意します。</p> <p>申請額 金 _____ 円</p> <p>年 月 日 桑名市長 宛て</p>		

申請受理年月日	⋮	(承認・不承認) 決定年月日
受給者番号		

注) 太枠の中を記入してください。

(添付書類)

1. 桑名市特定不妊治療費助成事業（回数追加）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. 夫婦のうち、桑名市に住民登録がある方の住民票
※住民基本台帳の照会に同意すれば省略可（上記の同意欄）
4. 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）

様式第2号（第5条関係）

桑名市特定不妊治療費助成事業（回数追加）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）

下記の者については、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か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
主治医氏名

【医療機関記入欄（主治医が記入すること）】

以下について確認し、間違いがなければ、レ点を記入して下さい。

- 下記の者が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、下記のとおりであり、保険診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、生殖補助医療にかかる保険医療機関です。
- 今回の治療は保険外診療で実施しました。

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（ ）	妻	（ ）
受診者生年月日	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(注参照)に○を付けて下さい		Aまたは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※1	年 月 日 ～		年 月 日	
最初に保険診療で治療を開始した日 (回数リセットの場合はリセット後の初回)	年 月 日			
今回の治療までの回数	①	回	計	回
①保険診療で実施した胚移植術の実施回数	②	回		
②保険適用後回数追加助成の実施回数	③	回		
③PGT-Aを含む特定不妊治療助成の実施回数	※2			
領収金額	[今回の治療にかかった金額合計※保険外診療に限る。]			
	特定不妊治療費	領収金額	円	

※1）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を記載してください。

※2）胚移植術の「保険診療」回数に加え、保険適用終了後の特定不妊治療に対する助成回数追加事業及び着床前胚染色体異数性検査(PGT-A)を含む特定不妊治療費助成事業による助成回数の合計について、記載してください。
(回数上限8回、ただしPGT-A助成のみの場合は上限6回)

(注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周期の間隔をあ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、多精子授精など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

(注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。

附 則

この告示は、公布の日から施行し、令和7年4月1日以後に受けた不妊治療に係る助成について適用する。