

桑名市告示第191号

桑名市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実施要綱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実施要綱

（目的）

第1条 この告示は、不妊治療のうち着床前胚染色体異数性検査（以下「PGT-A」という。）を含む体外受精及び顕微授精（以下「PGT-Aを含む特定不妊治療」という。）に要する費用の一部を助成することにより、その経済的負担の軽減を図ることを目的とする。

（助成の対象）

第2条 PGT-Aを含む特定不妊治療費助成事業の助成対象者（第4条において「対象者」という。）は、次に掲げる全ての要件を満たすものとする。

- (1) 2回以上の体外受精胚移植の不成功の既往を有する不妊症の夫婦又は2回以上の流死産の既往を有する不育症の夫婦であること。ただし、夫婦のいずれかに染色体構造異常（均衡型染色体転座等）が確認されている場合は、2回以上の体外受精胚移植の不成功又は2回以上の流死産の既往を有しなくても対象とする。
- (2) 公益社団法人日本産科婦人科学会が認める不妊症及び不育症に関するPGT-Aの承認医療機関において治療を受けていること。
- (3) 助成を受けようとする対象となる治療期間の初日における妻の年齢が35歳以上43歳未満であること。
- (4) PGT-Aを含む特定不妊治療を受けた法律上の婚姻をしている夫婦又は事実上の婚姻関係にある夫婦であること。ただし、事実上の婚姻関係にある夫婦については、治療の結果、出生した場合の子について認知を行う意向がある者とする。
- (5) PGT-Aを含む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、又は極めて少ないと医師に診断された者であること。
- (6) 夫婦どちらか一方又は双方が、本市の住民基本台帳に記録されている者であること。

（対象となる治療等）

第3条 助成の対象となる治療法は、PGT-Aについて公益社団法人日本産科婦人科学会に承認されている保険医療機関で実施されたもの、かつ、別添図AからFまでのいずれかにあてはまるもののうち、次に掲げる治療法を除いた保険適用外の特定不妊治療とする。

- (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不妊治療
- (2) 借り腹（夫婦の精子及び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、夫の精子及び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て、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するもの）
- (3) 代理母（妻が卵巣及び子宮を摘出したこと等により、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）

2 食事代、入院費、文書料及び凍結保存に係る費用等は、助成の対象としない。

（助成の額及び回数）

第4条 助成額は、対象者がPGT-Aを含む特定不妊治療に要した費用について、1回の治療につき30万円を限度とする。ただし、別添図のC及びFの治療法については、17万5千円を限度とする。

2 助成回数は、1子当たり6回までとする。ただし、PGT-Aを含む特定不妊治療を実施しようとする時点において、PGT-Aを含む特定不妊治療、保険適用の治療及び特定不妊治療費助成（回数追加）事業の治療回数を合わせた回数が1子当たり8回以上である場合は、助成対象とならない。

3 前項の回数には、三重県内の他市町が助成した回数も含めるものとする。

（助成の申請）

第5条 助成を受けようとする者は、PGT-Aを含む治療を受けた日から同日の属する年度の翌年度の5月31日までの間に桑名市特定不妊治療費助成事業申請書（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用）（様式第1号）に次に掲げる書類（第4号に掲げる書類は事実上

の婚姻関係にある夫婦の場合に限る。)を添付して、市長に申請するものとする。この場合において、当該助成を受けようとする者が、本市の住民基本台帳に登録されており、市が保有する住民基本台帳を閲覧することに同意するときは、住民票の写しの添付を省略することができる。

- (1) 桑名市特定不妊治療費助成事業受診証明書（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用）（様式第2号）
- (2) PGT-Aを含む特定不妊治療を受けた医療機関が発行する領収書
- (3) 夫婦のうち、本市の住民基本台帳に登録されている者の住民票の写し（続柄の記載があり、個人番号の記載がないもの）
- (4) 出生した場合の子の認知に関する意向書（任意様式）
（助成の決定等）

第6条 市長は、前条の規定により申請を受理したときは、助成を受ける資格について調査をして支給の可否を決定し、桑名市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決定通知書（様式第3号）又は桑名市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不承認決定通知書（様式第4号）により、申請者に通知するものとする。

（助成金の支払）

第7条 前条の審査により助成の決定を受けた者は、桑名市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請求書（様式第5号）により、市長に請求するものとする。

（PGT-Aを含む特定不妊治療費の返還）

第8条 市長は、偽りその他の不正な手段によりPGT-Aを含む特定不妊治療費の助成を受けた者に対し、その助成金の全部又は一部の返還を命ずることができる。

（関係帳簿等の備付け）

第9条 市長は、助成の状況を明確にするため、桑名市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台帳（様式第6号）を備え付けるものとする。

（個人情報の保護）

第10条 本事業の実施に当たっては、個人情報の取扱いに充分留意するとともに、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）その他関係法令等の趣旨に従い、適切にこれを行わなければならない。

（その他）

第11条 この告示に定めるもののほか、この告示の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

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。

別添図(第3条、第4条関係)

体外受精・顕微授精の治療のステージと「治療1回」の考え方

治療内容		採卵まで			採精(夫)	受精(前培養・媒精(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		
		(自然周期で行う場合もあり) 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)	採卵			新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植						
							胚移植	黄体期補充療法		(自然周期で行う場合もあり) 薬品投与	胚移植	黄体期補充療法				
平均所要日数		14日	10日	1日	1日	2～5日	1日	10日		7～10日	1日	10日	1日			
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	受精出来ず。又は、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等により中止															
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	卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止															
H	採卵準備中、体調不良等により治療中止															

*B: 採卵・受精後、1～3周期の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの当初からの治療方針に基づく治療を行った場合

桑名市特定不妊治療費助成事業申請書
 （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)
夫の住所	〒 電話 ()	
妻の住所	〒 電話 ()	
治療・助成回数 （リセットがある 場合はリセット後 の回数）	・保険適用による特定不妊治療 () 回 ・保険適用終了後の特定不妊治療に対する回数追加助成 () 回 ・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 () 回	
以下について確認し、間違いがなければ□に✓を入れてください。 ☐ 体外受精胚移植の不成功、または、流死産の経験が2回以上ある。		
申請者氏名 _____ <u>*以前の治療回数等について、医療機関に確認することを同意します。</u> 桑名市にお住まいの方（住民票がある方）のみ ☐ 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。 申 請 額 金 _____ 円 年 月 日 桑名市長 宛て		

注）太枠の中を記入してください。

（添付書類）

1. 特定不妊治療費助成事業受診証明書（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用）（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等
 ※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）

桑名市特定不妊治療費助成事業受診証明書
（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、✓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、下記のとおりである。
 - ☐ 下記の者は、2回以上の体外受精胚移植の不成功の既往を有する不妊症の夫婦、または、2回以上の流死産の既往を有する不育症の夫婦である。または、夫婦のいずれかに染色体構造異常（均衡型染色体転座など）が確認されている。
 - ☐ 当医療機関は、生殖補助医療にかかる保険医療機関であり、着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）実施医療機関として承認されている。
 - ☐ 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			
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保険診療による胚移植術の実施回数 ②保険適用後回数追加助成の実施回数 ③PGT-Aを含む特定不妊治療費助成の実施回数	①	回	計	回 ※2
	②	回		
	③	回		
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）

（注）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。

第 号
年 月 日

様

桑名市長 印

桑名市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決定通知書

年 月 日付けで申請のあった特定不妊治療費の助成について承認することとし、下記金額を助成することを決定しましたので通知します。

記

金 額 _____ 円

第 号
年 月 日

様

桑名市長 印

桑名市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不承認決定通知書

年 月 日付けで申請のあった特定不妊治療費の助成について下記の理由により、不承認とすることを決定しましたので通知します。

記

不承認となった理由

桑名市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請求書

(宛先)桑名市長

住 所
氏 名
連絡先

年 月 日付け 第 号 で承認決定を受けた桑名市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について桑名市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実施要綱第7条の規定により、下記のとおり請求します。

記

請求金額 金 円

なお、上記の助成金は、次の口座に振込みをお願いします。

振込金融機関	銀 行 信用金庫 労働金庫 農 協				本 店 支 店 支 所 出張所			
	金融機関 コード				支 店 コード			
	1 普 通 2 当 座		口 座 番 号 (左づめ)					
	口 座 名 義 人 (カ タ カ ナ)							
備考								

様式第6号 (第9条関係)

桑名市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台帳

番号		生年月日		
申請者氏名 (夫・妻)		年	月	日 (歳)
配偶者氏名 (夫・妻)		年	月	日 (歳)
申請者住所	〒 -	電話	-	-
配偶者住所	〒 -	電話	-	-
備考				

●助成状況

[illegible]