

愛知県不育症検査費助成事業実施要綱

(目的)

第1 愛知県不育症検査費助成事業(以下「本事業」という。)は、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、母子保健医療対策総合支援事業実施要綱(平成17年8月23日雇児発第0823001号(以下、「国実施要綱」という。))に基づき、予算の範囲内において不育症検査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して助成金を交付する。なお、その交付に関しては、愛知県補助金等交付規則(昭和55年愛知県規則第8号)に定めるもののほか、この要綱の定めるところによる。

(実施主体)

第2 本事業の実施主体は、愛知県とする。なお、この事業の一部を適切な実施が期待できる団体等に委託することができる。

(対象者)

第3 本事業の対象者は、愛知県内(県内の政令指定都市及び中核市を除く。)に住所を有しており、既往流産回数が2回以上の者とする。

(対象とする検査)

第4 本事業における助成の対象となる検査は、先進医療として行われる不育症検査(流産検体を用いた遺伝子検査(次世代シーケンサーを用いた流産絨毛・胎児組織染色体検査))とし、そ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(以下「医療機関」という。)で実施するものとする。

なお、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。

(助成の申請)

第5 本事業の実施は、第3に定める対象者が医療機関において第4に定める検査のために要した費用の一部を、知事が助成することにより行うものとする。

- 2 対象者は、原則として検査が終了した日の属する年度内に、愛知県不育症検査費助成事業申請書兼請求書(様式1)に愛知県不育症検査費助成事業受検証明書(様式2)を添付し、居住地を管轄する保健所を経由して知事に申請を行うものとする。
- 3 当該年度分の助成対象か否かについては、申請日を基準とする。

(決定の通知)

第6 知事は、第5の規定による申請書を受理したときは、速やかにその内容を審査し、助成の承認をしたときは、不育症検査費助成事業承認決定通知書(様式3)により申請者に通知する。また、助成を認めないときは、理由を付して不育症検査費助成事業不承認決定通知書(様式4)により申請者に通知するものとする。

(申請の取り下げ)

第7 助成金を申請した者は、第6の規定による通知を受理した場合において、当該通知に係る承認の内容に不服のあるときは、通知を受けた日から15日以内に申請の取り下げをすることができる。

(実績報告・成果の報告)

第8 本事業における実績報告は、第5に定める愛知県不育症検査費助成事業申請書兼請求書(様式1)をもって代えるものとする。

2 愛知県及び第4に定める検査を実施した医療機関の医師は、助成を受けようとする者に対して、第5に定める愛知県不育症検査費助成事業受検証明書(様式2)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おいて把握すること。また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をあらかじめ説明するものとする。

(助成金の支給)

第9 知事は、第6の規定による承認の通知をした者に対し助成金を支給する。

2 助成金は、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。)。ただし、6万円を上限とする。

(助成金の返還)

第10 知事は、偽り、その他不正な手段により助成を受けた者がいるときは、その者から当該助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(個人情報の保護)

第11 愛知県及び第4に定める検査を実施した医療機関の職員は、職務上知り得た個人情報について秘密保持を厳守しなければならない。

(台帳の整備)

第 12 知事は、助成の状況を明確にするため、不育症検査費助成事業台帳(様式5)を備え付けるものとする。

(その他)

第 13 この要綱に定めるもののほか、本事業の実施に必要な事項は、別に定めるものとする。

附 則

この要綱は令和3年6月22日から施行し、令和3年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は令和5年3月7日から施行し、令和4年12月1日から適用する。

愛知県不育症検査費助成事業申請書兼請求書

関係書類を添えて下記のとおり申請(請求)します。

なお、他自治体が実施する国要綱に基づく不育症検査費の助成を受けていないことを申し添えます。

また、必要な場合には受検した医療機関及び他の自治体に情報の照会を行うこと、並びに不育症検査費助成事業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します。

	(ふりがな) 氏名	生年月日	
申請者	()	年 月 日	(歳)
住所	〒	電話 ()	
備考			
申請額 (請求額)		金	円
		(千円未満端数切捨)	
年 月 日		愛知県知事 殿	
金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	
貯金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()
口座番号			(右詰記入)

注) 太枠の中をご記入ください。

【注意事項】
県内の一部の市町村では、独自に不育症治療・検査に対する助成を行っております。
この「愛知県不育症検査費助成事業申請書兼請求書」の提出に併せて、市町村の助成制度を利用される場合は、重複請求とにならないよう注意してください。
なお、助成内容の詳細につきましては、お住まいの市町村にお尋ねください。

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号			

(添付書類) 愛知県不育症検査費助成事業受検証明書

(申請者の住所確認について) 確認済(申請者の運転免許証等により確認すること)

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--

愛知県不育症検査費助成事業受検証明書

下記の者については、不育症検査費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 名称

所在地

主治医氏名

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。）

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(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			
実施した検査				
検査実施日	年 月 日			
検査結果	所見無し（46,XX 46,XY） ・ 所見有り（内容： ） ・ 分析不可			
領収金額	〔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 _____ 円			

(注) 申請者は、医療機関発行の領収書を裏面に貼り、添付すること。

番 号
年 月 日

殿

愛 知 県 知 事

不育症検査費助成事業承認決定通知書

年 月 日付けで申請のあった(元号) 年度の不育症検査費の
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
たので通知する。

助成することとした額 金 _____ 円

担当

電話

殿

愛 知 県 知 事

不育症検査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(元号) 年度の不育症検査費の助成について、不承認としたので通知する。

不承認とした理由 のため

教示

1 この処分について不服がある場合には、愛知県知事に対して審査請求することができます。

なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月を経過したとき又は処分があった日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求することができません。ただし、正当な理由があるときは、この限りではありません。

2 この処分について不服がある場合は、上記1の審査請求のほか、愛知県を被告として、この処分の取消の訴えを提起することもできます。

なお、処分があったことを知った日から6か月を経過したとき又は処分の日から1年を経過したときは、提起することができません。ただし、正当な理由があるときは、この限りではありません。

さらに、上記1の審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決があったことを知った日から6か月を経過したとき又は当該裁決の日から1年を経過したときは、提起することができません。ただし、正当な理由があるときは、この限りではありません。

担当
電話

