

## 新潟市不育症検査費用助成事業実施要綱

### (目的)

第1条 先進医療に位置付けられた不育症検査を対象として、実施される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 この要綱に基づく助成の対象となる者は、既往流死産回数が2回以上ある者で、申請時点において新潟市内に住所を有する者とする。

### (助成対象となる検査)

第3条 助成の対象となる検査は、流死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）であって、以下の各号全てに該当するものとする。

- (1) 流死産の既往が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したもの。
- (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もの。

### (助成額)

第4条 前条に定める不育症検査に要した費用に対し、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。）を助成する。ただし、6万円を上限とする。

第5条 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、別記様式第1号による新潟市不育症検査費用助成事業申請書に次の各号に掲げる書類を添付して、市長に申請を行わなければならない。

- (1) 新潟市不育症検査費用助成検査受検証明書（別記様式第2号）

(2) 検査にかかる領収額及び費用の明細を確認できる医療機関が発行した書類

(3) その他市長が必要と認める書類

2 助成の申請の期限は、原則として、検査が終了した日から起算して3か月以内とする。

ただし、2月1日から3月31日までの間のいずれかの日に不育症検査が終了した者の助成の申請の期限は、当該不育症検査が終了した日の属する年度の翌年度の4月30日とする。

3 前項の場合において、助成の申請の期限に当たる日が、新潟市の休日を定める条例（平成元年新潟市条例第35号）に規定する休日（以下「休日」という。）に当たる場合は、その日前において最も近い休日でない日とする。

（助成の決定）

第6条 市長は、前条第1項の申請書を受理したときは、速やかにこれを審査し、助成の可否及び金額について書面をもって申請者に通知する。

（留意事項）

第7条 事業の実施に当たっては、申請者のプライバシーの保護について、十分留意しなければならない。

（助成金の返還）

第8条 市長は、虚偽その他の不正手段によりこの要綱に基づき交付する助成金を受けた者に対して、新潟市が交付した助成金の全部又は一部の返還を命ずることができる。

（その他）

第9条 この要綱で定めるもののほか、本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

（施行期日）

1 この要綱は、令和3年9月7日に施行し、令和3年4月1日から適用する。

（経過措置）

2 第5条第2項に定める申請期限は令和3年度の申請に限り検査が終了した日の属する年度内とする。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和4年6月10日に施行し、令和4年4月1日から適用する。

(施行期日)

1 この要綱は、令和5年3月6日に施行し、令和4年12月1日から適用する。

(経過措置)

2 第5条第2項に定める申請期限は令和4年度の申請に限り令和5年4月末までとする。

別記様式第1号

### 新潟市不育症検査費用助成事業申請書

関係書類を添えて、下記のとおり不育症検査費用の助成を申請します。

年 月 日

(宛先)新潟市長

※太枠内をご記入ください

申請者	(ふりがな) 氏名	( )			
	生年月日	年 月 日 ( 歳)			
住 所		〒			
日中の連絡先	( )	携帯電話 ・ 職場 ・ その他( )			
<p>・不育症治療費助成申請の助成金の支給を受けるために、審査に必要な範囲で、申請者の住民基本台帳について、調査・閲覧することに同意します。</p> <p>・また、必要な場合には、自治体又は医療機関への照会並びに「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同意します。同意した調査で確認できない場合は、必要書類を提出します。</p> <p>氏名 _____</p> <p>申請額 金 _____ 円</p>					
振 込 先	金融機関名	銀行	支店	普通 当座	口座番号
	(ふりがな) 口座名義人	( )			

※申請者本人以外の口座への振り込みを希望する場合は、下記【委任状】を記入してください。

【委任状】私は、次の者に不育症検査費用助成事業において申請した助成金の受領する一切の権限を委任します。

	受任者 (口座名義人)	委任者 (申請者)
(ふりがな) 氏名	( )	( )
住所	〒	〒

【添付書類】①新潟市不育症検査費用助成受検証明書 (別記様式第2号)

②不育症検査にかかる領収書及び明細書の原本とコピー

別記様式第2号

### 新潟市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授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とおり徴収したことを証明します。

年 月 日

所在地  
医療機関 名称  
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

※下記を確認の上、該当する場合はレ点を入れてください。すべてに該当する必要があります。

- 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、保険診療を実施しています。
- 当医療機関は、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け出を行っている又は承認されています。

(宛先) 新潟市長

(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	所見なし（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		