

川崎市不育症検査費用助成事業実施要綱

令和 3 年 7 月 1 9 日

3 川ここ福第 5 7 1 号

市 長 決 裁

(趣旨)

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不育症検査費用助成事業（以下「本事業」という。）の実施に関し必要な事項を定めるものとする。

(助成の対象)

第 2 条 本事業による助成を受けることができる対象者（以下「助成対象者」という。）は、申請時に市内に住所を有し、既往流死産回数が 2 回以上の者とする。

2 助成の対象となる検査は、次の各号に掲げる検査とし、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（以下「助成対象検査」という。）とする。ただし、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。

(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）

(2) 抗ネオセルフ $\beta 2$ グリコプロテイン I 複合体抗体検査

(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）

(助成額の算出方法等)

第3条 助成額は、1回の検査につき6万円を限度とし、助成対象者が助成対象検査費として医療機関に支払った費用の7割に相当する額（以下「助成対象検査費用」という。）と比較していずれか少ない額とする。ただし、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。

（助成の申請）

第4条 助成を受けようとする者は、助成対象検査の終了日から起算して1年以内に、「川崎市不育症検査費用助成事業申請書」（第1号様式）に、次に掲げる書類を添付し、市長に申請するものとする。

（1）不育症検査費用助成検査受検証明書（第2号様式）

（2）申請日において市内に住所を有することが確認できる、助成対象者本人の住民票の写し（発行後3か月以内のもの）

（3）助成対象検査費用の支払いを証する書類（医療機関発行の領収書の写し等）

（4）助成金の振込先の口座情報がわかる書類

（5）その他市長が必要と認める書類

2 助成対象年度の決定は、助成対象検査の終了日を基準として行う。

（審査及び結果の通知）

第5条 市長は、申請を受理したときは、その内容を審査し、助成の可否及び金額について「川崎市不育症検査費用助成事業承認決定通知書」（第3号様式）又は「川崎市不育症検査費用助成事業不承認決定通知書」（第4号様式）をもって申請者に通知するものとする。

（助成金の交付）

第6条 市長は、助成金の交付決定を受けた申請者に対し、助成金を申請者の指定する金融機関へ、口座振込により交付することとする。

(助成金の返還)

第7条 市長は、虚偽その他の不正な手段をもって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。

(結果の提出)

第8条 市長は、助成を受けようとする者に対し、あらかじめ次の事項を説明するものとする。

(1) 市長宛て提出された第2号様式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本市から国に提出すること。

(2) 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。

(個人情報保護)

第9条 本事業の関係者は、本事業について知り得た事実を漏らさぬよう、申請者の個人情報の保護に十分配慮しなければならない。

(その他)

第10条 この要綱に定めるもののほか、本事業の実施に関して必要な事項は、こども未来局長が別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、令和3年7月19日から施行し、令和3年4月1日以降に受けた検査から適用する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は令和4年3月22日から施行する。

(経過措置)

2 改正前の要綱により調製した帳票で現に残存するものについては、当分の

間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は令和 5 年 2 月 1 6 日から施行し、検査日が令和 4 年 1 2 月 1 日以降である申請から適用する。

(経過措置)

- 2 改正前の要綱により調製した帳票で現に残存するものについては、当分の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

この要綱は、令和 7 年 7 月 3 1 日から施行し、令和 7 年 6 月 1 日以降に受けた検査から適用する。

附 則

この要綱は、令和 8 年 7 月 6 日から施行し、令和 8 年 4 月 1 日以降に受けた検査から適用する。ただし、第 2 条第 2 項第 3 号に規定する検査については、令和 8 年 5 月 1 日以降に受けた検査から適用する。

第 1 号様式

川崎市不育症検査費用助成事業 申請書

(宛先) 川崎市長

関係書類を添えて次のとおり助成を申請します。また、必要な場合には受検した医療機関に情報の照会を行うこと並びに「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。

		(記入日)		年	月	日
	(ふりがな)	生 年 月 日				
申請者	氏 名	年 月 日 (歳)				
住所	〒 川崎市 電話 ()					
備考						
申 請 額 金 円 年 月 日						
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所				
	貯金種別	普通 当座	(ふりがな)	()		
	口座番号					(右詰記入)

(注) 太枠の中をご記入ください。

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) ・ 不育症検査費用助成検査受検証明書
 ・ 助成対象者の住民票の写し (発行後 3 か月以内のもの)
 ・ 医療機関発行の領収書 (写し)
 ・ 振込先の口座番号が分かる書類 (預金通帳、キャッシュカードの写し等)

第2号様式

受給者番号

(左の受給者番号欄は、医療機関での記入は不要です。)

川崎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

主治医氏名

(主治医による自署)

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。
(上記を確認の上、□にチェックを入れてください。確認が無い場合は、助成を受けられません。)

(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			
	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] 領収金額 円			

第 号
年 月 日

様

川崎市長

川崎市不育症検査費用助成事業承認決定通知書

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

受付番号

助成することとした金額 金 円

※上記金額は、指定された口座に振り込まれますが、入金されるまで数日かかることがあります。

※ 虚偽その他の不正な手段をもって本事業の助成を受けたとき、または給付後に過誤額が確認されたときは、助成金の全部または一部を返還していただきます。

問合せ先

第 号
年 月 日

様

川崎市長

川崎市不育症検査費用助成事業不承認決定通知書

年 月 日付けで申請のあった不育症検査費用の助成について、
不承認としたので通知します。

受付番号

不承認とした理由

問合せ先