

京都府不育症検査費用助成金交付要領

(趣旨)

第1 本要領は、京都府不育症検査費用助成金交付要綱に定める助成金の申請等に関し、必要な事項を定めるものとする。

(助成金の申請)

第2 要綱第4条第1項に掲げる京都府不育症検査費用助成金交付申請書は、別記第1号様式によるものとする。

2 要綱第4条第1項第1号に掲げる不育症検査受検証明書は別記第2号様式によるものとする。

附則

この要領は、令和8年4月1日から施行する。

附則

この要領は、令和8年5月1日から施行する。

別記
第 1 号様式

別記
第 1 号様式（要綱第 4 条関係）

京都府不育症検査費用助成金交付申請書

京都府不育症検査費用助成金交付要綱第 4 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不育症検査費用に係る助成金の交付を申請します。

記

申請者	(ふりがな) 氏 名	()	生年月日	年 月 日 (歳)			
	住 所	〒	電 話	()	-		
	備 考						
申請額 金 _____ 円							
☐ 不育症検査受検証明書（第 2 号様式）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。 (□にチェックをしてください)							
年 月 日 京都府知事 様							
振込先	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						

申請受理年月日		助成金交付(不交付) 決定年月日	
受給者番号			

- 注 1 申請者は、太枠の線で囲んだ箇所のみ記入してください。
- 2 「振込先」欄には、申請者が口座名義人となっている口座を記入してください。
- 3 申請書には、次の書類を添付してください。
- (1) 不育症検査受検証明書（別記第 2 号様式）
 - (2) 医療機関発行の不育症検査に係る検査費用の領収書
 - (3) 申請者の住所を確認することができる書類（住民票の写し等）

第 2 号様式

第 2 号様式（要綱第 4 条関係）

受給者番号						
-------	--	--	--	--	--	--

不育症検査受検証明書

下記の者については、先進医療として告示された不育症検査を実施し、これに係る医療費を下記のとおりに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

☐ 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、□にチェックをしてください。）

記

(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（助成金の対象となるのは2回以上の場合に限られます。）。		
今 回 の 妊 娠 に おける不妊治療の 有 無	有（治療期間 年 箇月） ・ 無 ・ 不明		
今 回 の 妊 娠 に おける不育症治療の 有 無	有（治療内容 ） ・ 無		
実 施 し た 先 進 医 療 の 検 査			
検 査 実 施 日	年 月 日		
検 査 結 果 （次世代シーケンサーを 用いた流死産絨毛・胎児 組織染色体検査の場合）	所見なし（46, XX 46, XY） ・ 所見あり（内容： ） ・ 分析不可		
検 査 結 果 （抗ネオセルフ β ₂ グリコ プロテイン I 複合体抗体 検査の場合）	陽性 ・ 陰性		
検 査 結 果 （流死産絨毛・胎児組織 NGS染色体検査の場合）	所見なし（46, XX 46, XY） ・ 所見あり（内容： ） ・ 分析不可		
領 収 金 額	[今回の検査に要した費用の金額合計（先進医療部分に限る。）] 検査費用 領収金額 円		