

## 特定不妊治療費等助成事業助成金交付要領

### (趣旨)

第1条 この要領は、特定不妊治療費助成事業助成金交付要綱（平成16年京都府告示第485号。以下「要綱」という。）に定める助成金交付の手続きについて定めるものとする。

### (定義)

第2条 この要領に定める定義は、要綱に定めるところによる。

### (助成対象費用)

第3条 要綱別表に掲げる通院交通費助成金の助成対象経費は、助成対象者が自宅から医療機関に通院する場合の交通費を上限額とする。

### (助成の額、回数等)

第4条 要綱別表に掲げる通院交通費助成金の助成の額は、京都府旅費条例に準ずる方法により算定する。

- 2 前項に掲げる助成の額は基準額であり、助成対象者が基準額より少額の費用をもって申請した場合には、申請額を用いて、交付額を決定する。

### (助成金の申請)

第5条 要綱第4条第1項第4号で定める書類のうち、事実婚関係にある夫婦については、別紙「事実婚関係に関する申立書」を用いるものとする。

- 2 要綱第4条第2項第2号に定める書類の提出にあたっては、別紙「通院状況申告書」を用いるものとする。

- 3 要綱第4条第1項に規定する特定不妊治療費助成事業申請書は、別記第1号様式によるものとする。

- 4 要綱第4条第1項第1号に規定する特定不妊治療費助成事業受診等証明書は、別記第2号様式によるものとする。

- 5 要綱第4条第1項第2号に規定する特定不妊治療費助成事業受診等証明書（男性不妊治療専用）は、別記第3号様式によるものとする。

6 要綱第4条第2項に規定する通院交通費助成金交付申請書は、別記第4号様式によるものとする。

7 要綱第4条第2項第1号に規定する通院証明書は、別記第5号様式によるものとする。

附 則

この要領は、令和2年10月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和3年3月23日から施行する。

附 則

この要領は、令和5年10月1日から施行し、令和4年4月1日以降に開始した特定不妊治療及び先進医療から適用する。

附 則

1 この要領は、令和6年3月11日から施行する。

2 改正前の特定不妊治療費等助成事業助成金交付要領の規定に基づく様式による用紙は、当分の間、改正後の特定不妊治療費等助成事業助成金交付要領の規定に基づく様式による用紙とみなし、所要の調整をして使用することができる。

附 則

この要領は、令和8年4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)

(表)

特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

京都府知事 様

特定不妊治療費等助成事業助成金交付要綱第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特定不妊治療費の助成を申請します。

記

太枠の中を御記入ください。

		(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日	
助 成 対 象 者	申請者氏名	( )		年 月 日( 歳)	
	配偶者氏名	( )		年 月 日( 歳)	
	申請者住所	〒 電話( ) ー			
	配偶者住所 (申請者と住所が異なる場合に記入してください。)	〒 電話( ) ー			
助 成 金 申 請 額	特定不妊治療分(男性不妊治療分を除く。)		_____ 円		
	男性不妊治療分		_____ 円		
	申 請 額 合 計		_____ 円		
特定不妊治療費助成金の受給歴	特定不妊治療分(男性不妊治療分を除く。)				
	ない・ある → 過去( )回受給 助成を受けた自治体(京都府・京都市・ ) (※1)				
(該当するものを○で囲み、( )内には必要事項を記入してください。)	男性不妊治療分				
	ない・ある → 過去( )回受給 助成を受けた自治体(京都府・京都市・ ) (※1)				
振 込 先 (※2)	金融機関名	銀行 金庫 農協 組合	本(支)店 出張所	金融機関コード	店番
	預金種別	1 普通	(ふりがな)	( )	
		2 当座	口座名義人		
口座番号					(右詰め記入)
通院交通費助成金の申請(予定)		有 ・ 無			
上記助成対象者は、本申請書記載の京都府以外の自治体(京都市を含む。)で受けた助成状況について、京都府が他の自治体へ照会することについて同意します。					

※1：京都府又は京都市以外の自治体から過去に助成を受けたことがある場合は、その都道府県、指定都市又は中核市の名称を記入してください。

※2：振込先は、申請者が口座名義人になっている口座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等証明書(特定不妊治療(男性不妊治療も含まれます。)を異なる医療機関で受けた場合は、それぞれの医療機関の証明書が必要)
- 2 医療機関発行の医療費の領収書
- 3 申請者及び配偶者の住所(前住所を含みます。)を確認することができる書類(住民票の写し等)
- 4 戸籍謄本(ただし、出産ごとに2回目以降の申請の場合において、3の書類で法律上の婚姻関係にあることを確認することができる場合は、不要)
- 5 事実婚関係に関する申立書(事実婚関係にある場合に限ります。)

(裏)

○ 治療の内容及び結果並びに妊娠の経過について行政への報告を行うことに関する説明書

(1) 報告の目的

厚生労働省では、特定不妊治療を行う医療機関に対し、特定不妊治療の内容及び結果並びに妊娠の経過について、日本産科婦人科学会を通じ、報告を求めています。

報告された内容を集計し、分析することにより、助成事業の成果及び課題を明らかにし、助成事業の一層の充実に役立てることができます。また、治療の効果を把握して、我が国の不妊治療の発展のために参考となる学術データを得ることができます。

さらに、助成事業を実施する都道府県・指定都市・中核市においても、これらの集計・分析の結果を踏まえて、助成事業の一層の利用促進を図っていくことができます。

(2) 報告の内容・方法

各医療機関から、日本産科婦人科学会のデータベースを通じ、下欄の項目の統計情報が厚生労働省に報告されます。

報告には、個人名の記載はなく、内容は、統計的に集計され、行政機関は、全国の患者さんの状況について総計として把握することとなります。個人が特定されることはなく、プライバシーは厳守されます。

報告・集計が行われる項目 〔報告は、医師が行います。患者さんが行うことはありません。〕	
I 治療から妊娠まで	II 妊娠から出産まで
(1) 患者(女性)の年齢	(4) 妊娠・出産の状況
(2) 不妊の原因	(5) 生まれた子の状況
(3) 治療の内容、妊娠の有無	

○ 助成の受給歴について、以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する説明書

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1夫婦当たりの支給回数の上限が決められています。

転入された方については、以前にお住まいの自治体に、この助成金の受給状況を確認することができますので御承知ください。

なお、情報の取扱いには、十分留意し、プライバシーは厳守します。

第2号様式

第2号様式(要綱第4条関係)

特定不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

京都府知事

様

医療機関  
所在地  
名称  
主治医  
電話番号



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、又は極めて少ないと判断されるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

記

この治療は、胚移植について保険診療の対象となる移植回数を超えたために、保険外診療となったものであることを証明します。	胚移植の回数
	回

(ふりがな) 受療者氏名	夫	( )	妻	( )
受療者生年月日及び今回の治療開始時の年齢		年 月 日( 歳)		年 月 日( 歳)
今回の治療期間※1	年 月 日 ~ 年 月 日			
特定不妊治療に係る治療費 (※保険外診療に限る。)	領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日		
	領収金額	特定不妊治療費 _____ 円 (男性不妊治療費を除く。) 男性不妊治療費※2 _____ 円		
今回の治療方法等 (該当する番号等に○を付けてください。)	A B C D E F			(男性不妊治療を行った場合)※2 1 精巣内精子生検採取法(TESE)又は精子を精巣から採取するための手術 2 精巣上体内精子吸引法(MESA)又は精子を精巣上体から採取するための手術
	A又はBの場合	1 体外受精 2 顕微授精		精子回収の有無※2(有・無)
	A、B又はCの場合	妊娠判定(+・-)		
日本産科婦人科学会UMIN個別調査票登録の有無	有 → 症例登録番号※3 ( )			無

- ※1 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の期間を記入してください。ただし、主治医の属する医療機関において男性不妊治療も実施した場合であって、男性不妊治療が採卵準備前に実施されたものであるときは、男性不妊治療を実施した日から特定不妊治療終了日までの期間を記入してください。
- ※2 主治医の治療方針に基づき、他の医療機関(指定を受けていない医療機関を含む。)で男性不妊治療を実施する場合は、記入は不要です。その場合は、記入欄に斜線等を引いてください。
- ※3 日本産科婦人科学会UMIN個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。

注1 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、母体の状態を整えるために1~3周期程度の間隔を空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目的が立たず治療終了 E 受精ができず中止又は胚の分割停止、変性、多精子授精等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 採卵準備前に男性不妊治療を実施したが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も、助成対象となります。 注3 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3号様式

第3号様式(要綱第4条関係)

## 特定不妊治療費助成事業受診等証明書 (男性不妊治療専用)

年 月 日

京都府知事 様

医療機関  
所在地  
名称  
主治医  
電話番号



下記の者については、特定不妊治療(体外受精又は顕微授精)の過程において行われる男性不妊治療を実施し、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。

### 記

(ふりがな) 受療者氏名	夫	( )	妻	( )
生年月日		年 月 日		年 月 日
治療方法	1 精巣内精子生検採取法(TESE)又は精子を精巣から採取するための手術 2 精巣上体内精子吸引法(MESA)又は精子を精巣上体から採取するための手術			(精子回収の有無) 有 ・ 無
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※治療が1日で終了した場合は、「~」以降に取消線を引いてください。			
領収金額	受療者が負担した金額 _____ 円			
体外受精又は顕微授精を実施する医療機関名				
特記事項				

- 注 1 この証明書は、特定不妊治療(体外受精又は顕微授精)を実施する知事の指定を受けた医療機関からの紹介等を受けて、特定不妊治療の過程で行われる「精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術」(男性不妊治療)の実施について確認するものです。
- 2 保険適用外の手術費用及び凍結費用について証明してください(食事代、入院費及び検査費用は、含まれません。)。なお、院外での処方による薬代等は、含まれます。
- 3 「治療方法」欄は、該当する番号を○印で囲んでください。

# 第4号様式

第4号様式(要綱第4条関係)

年 月 日

京都府知事 様

申請者

住 所

氏 名

㊟

## 通院交通費助成金交付申請書

特定不妊治療費等助成事業助成金交付要綱第4条第2項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不妊治療通院交通費の助成を申請します。

### 記

1 治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日

2 申請金額 円

(計算内訳)

申請金額(D)

= { (妻の通院交通費相当額(A) + 男性不妊治療に要する通院交通費相当額(B)) - 10,000 円 } (C) ×

1/2

妻の通院交通費相当額 円(A)	- 10,000 円	小計	× 1/2	合計 (申請金額)
男性不妊治療の通院交通費相当額 (B)		円(C)		円(D)

(振込先)

金融機関名	銀行 金庫 農協 組合		本(支)店 出張所	金融機関コード			店番	
	預金種別	1 普通 2 当座		(ふりがな) 口座名義人	( )			
口座番号								(右詰め記入)

- 注 1 通院交通費の助成額については、合理的かつ経済的な経路及び方法により通院した場合の通院交通費により算定します。申請金額と異なる場合がありますので御了承ください。
- 2 振込先の口座名義は、申請者の氏名と同一にしてください。
- 3 この申請書によるものと同一の治療期間に係る「特定不妊治療費助成事業申請書」(別記第1号様式)の提出をした場合は、申請者及び振込先の口座を当該申請書によるものと同一にしてください。
- 4 申請金額(D)欄は、1円未満の端数を切り捨てた額を記入してください。
- 5 申請に当たっては、次の書類を添付してください。夫及び妻の通院交通費を申請する場合は、各々に係る書類を添付してください。
- (1) 通院証明書(別記第5号様式)
  - (2) 通院方法の申告書
  - (3) 住民票の写し(この申請書によるものと同一の治療期間に係る「特定不妊治療費助成事業申請書」(別記第1号様式)提出をした場合又は有効期間内(発行から3箇月以内)の住民票の写しが既に提出されており内容に変更がない場合は、そのコピーでも可)

## 第5号様式

第5号様式(要綱第4条関係)

### 通 院 証 明 書

氏 名 \_\_\_\_\_ (生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日)

上記の者は、当医療機関において、特定不妊治療・先進医療による不妊治療のため、下記のとおり通院したことを証明します。

#### 記

治療期間	年 月 日 から 年 月 日まで		合計 日間
治療の種類	A・B・C・D・E・F 先進医療による不妊治療	保険診療の 適用の有無	有 ・ 無

通院月	通院日																通院日数
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
合計																日	

\_\_\_\_\_ 年 月 日

医療機関名

担当医師



注1 「通院日」欄は、対象者が特定不妊治療（体外受精、顕微授精、体外受精・顕微授精に伴う男性不妊治療）又は先進医療による不妊治療のために通院した日を○印で囲んでください。

2 治療を伴わない通院（薬の処方又は受取り、治療費の支払等のみの通院）は、通院交通費の支給対象外ですので、通院日数に算入しないでください。