

令和7年設楽町告示第11号

設楽町不妊治療費等助成事業実施要綱の一部を改正する要綱を次のように定める。

令和7年3月27日

設楽町長 土屋 浩

令和7年設楽町告示第11号

設楽町不妊治療費等助成事業実施要綱の一部を改正する要綱

設楽町不妊治療費等助成事業実施要綱（令和4年設楽町告示第57号）の一部を次のように改正する。

第3条第1項に次の1号を加える。

(3) 保険診療と併せて実施した先進医療

様式第4（第7条関係）を次のように改める。

様式第4(第7条関係)

設楽町不妊治療費等助成事業受診等証明書(特定不妊治療)

次の者については、特定不妊治療以外の方法によっては、妊娠の見込みがないかまたは極めて少ないと思われるため、特定不妊治療(先進医療含む)を実施し、これにかかる医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地  
及びその名称  
主治医氏名  
医療機関記入欄

	夫	妻
フリガナ		
受診者氏名		
受診者生年月日	年 月 日 ( 歳)	年 月 日 ( 歳)
今回の治療法	該当する記号に○をつけてください。 A B C D E F 1. 体外受精 2. 顕微授精	
治療期間	今回の治療について 治療開始年月日 治療終了年月日 年 月 日 ~ 年 月 日	
領収金額	今回の治療にかかった自己負担額(保険診療分) 特定不妊治療費(男性不妊治療費除く) 領収金額 円	保険診療と併せて実施した先進医療分治療費 円
実施した治療等	今回の治療で実施した先進医療の治療・技術に○を入れ、実施日・治療金額を記載してください。 ●先進医療の治療・技術名 実施年月日/実施開始年月日 治療金額 <input type="checkbox"/> 子宮内膜剥離術(SEET法) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> タイムラプス凍像法による受精卵・胚培養 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSD) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1(ERA) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1(EMMA/ALICE) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(DMSD) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2(ERFeat) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> タクロリス投与療法 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 着床前胚異常性検査(PGT-A) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> その他( ) 年 月 日 円	

注意事項(医療機関へのお願い)

- 治療期間については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までを記載してください。
  - 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。
    - 新鮮胚移植を実施
    - 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、母体の体調を整えるために1～3周期の間隔を開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)
    - 以前に凍結した胚による胚移植を実施
    - 体調不良等により移植のめどがたず治療終了
    - 授精できず、または、胚の分割停止、変成、多精子受精などの以上受精等による中止
    - 採卵したが卵子が得られない又は状態の良い卵子が得られないため中止
- 保険診療と併せて実施した先進医療  
※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。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

設楽町不妊治療費等助成事業実施要綱（令和4年設楽町告示第57号）新旧対照表

改正後	改正前																																
<p>(対象となる治療)</p> <p>第3条 助成金の支給対象となる不妊治療は、次に掲げるものとする。</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p><u>(3) 保険診療と併せて実施した先進医療</u></p> <p>2 (略)</p> <p>様式第4 (第7条関係)</p> <p>様式第4(第7条関係)</p> <p>設楽町不妊治療費等助成事業受診等証明書(特定不妊治療)</p> <p>次の者については、特定不妊治療以外の方法によっては、妊娠の見込みがないか又は妊娠の可能性が極めて少ないと思われるため、特定不妊治療(先進医療含む)を実施し、これに併せて医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の所在地 及びその名称 主治医氏名 医療機関記入欄</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">夫</th> <th style="width: 50%;">妻</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>フリガナ 受診者氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>受診者生年月日</td> <td>年 月 日(歳)</td> </tr> <tr> <td>今回の治療法</td> <td>該当する記号に○をつけてください。 A B C D E F 1.体外受精 2.顕微授精</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">今回の治療について</td> </tr> <tr> <td>治療期間</td> <td>治療開始年月日 年 月 日 ~ 治療終了年月日 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>領収金額</td> <td>今回の治療にかかった自己負担額(保険診療分) 円 特定不妊治療費(男性不妊治療費除く) 円 男性不妊治療費 円 領収金額 円</td> </tr> <tr> <td>実施した治療等</td> <td>今回の治療で実施した先進医療の治療・技術に記入し、実施年月日・治療金額を記載してください。 ●先進医療の治療・技術名 実施年月日/実施開始年月日 治療金額  <input type="checkbox"/> 子宮内腔制菌術(GEET法) 年 月 日 円  <input type="checkbox"/> タイムラプス凍結法による受精卵・胚凍結 年 月 日 円  <input type="checkbox"/> 子宮内腔制菌薬(子宮内腔スクリップ) 年 月 日 円  <input type="checkbox"/> ヒパロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI) 年 月 日 円  <input type="checkbox"/> 子宮内腔受精能検査(IERA) 年 月 日 円  <input type="checkbox"/> 子宮内腔受精能検査1(EMVA/ALICE) 年 月 日 円  <input type="checkbox"/> 特殊大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(DIGI) 年 月 日 円  <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 年 月 日 円  <input type="checkbox"/> 子宮内腔受精能検査2(子宮内フローラ) 年 月 日 円  <input type="checkbox"/> 子宮内腔受精能検査3(ERPath) 年 月 日 円  <input type="checkbox"/> 顕微鏡を用いた生理学的精子選択術 年 月 日 円  <input type="checkbox"/> マイクロアブ擦過療法 年 月 日 円  <input type="checkbox"/> 受精前胚具顕微鏡検査(PGT-A) 年 月 日 円  <input type="checkbox"/> その他( ) 年 月 日 円                 </td> </tr> </tbody> </table> <p>注意事項(医療機関へのお問い合わせ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>治療期間については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までを記載してください。</li> <li>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。             <ol style="list-style-type: none"> <li>新鮮胚移植を実施</li> <li>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、母体の体調を整えるために1〜3周期の間隔を開けた後に胚移植を行うなどの治療方針に基づく一連の治療を行った場合)</li> <li>以前に凍結した胚による胚移植を実施</li> <li>体調不良等により移植のめどがたらず治療終了</li> <li>授精できず、または、胚の分割停止、変成、多精子受精などの以上受精等による中止</li> <li>採卵した卵子が得られない又は状態の良い卵子が得られないため中止</li> </ol> </li> </ol> <p>※保険診療と併せて実施した先進医療 ※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。</p>	夫	妻	フリガナ 受診者氏名		受診者生年月日	年 月 日(歳)	今回の治療法	該当する記号に○をつけてください。 A B C D E F 1.体外受精 2.顕微授精	今回の治療について		治療期間	治療開始年月日 年 月 日 ~ 治療終了年月日 年 月 日	領収金額	今回の治療にかかった自己負担額(保険診療分) 円 特定不妊治療費(男性不妊治療費除く) 円 男性不妊治療費 円 領収金額 円	実施した治療等	今回の治療で実施した先進医療の治療・技術に記入し、実施年月日・治療金額を記載してください。 ●先進医療の治療・技術名 実施年月日/実施開始年月日 治療金額 <input type="checkbox"/> 子宮内腔制菌術(GEET法) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> タイムラプス凍結法による受精卵・胚凍結 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 子宮内腔制菌薬(子宮内腔スクリップ) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> ヒパロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 子宮内腔受精能検査(IERA) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 子宮内腔受精能検査1(EMVA/ALICE) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 特殊大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(DIGI) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 子宮内腔受精能検査2(子宮内フローラ) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 子宮内腔受精能検査3(ERPath) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 顕微鏡を用いた生理学的精子選択術 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> マイクロアブ擦過療法 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 受精前胚具顕微鏡検査(PGT-A) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> その他( ) 年 月 日 円	<p>(対象となる治療)</p> <p>第3条 助成金の支給対象となる不妊治療は、次に掲げるものとする。</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>様式第4 (第7条関係)</p> <p>様式第4(第7条関係)</p> <p>設楽町不妊治療費等助成事業受診等証明書(特定不妊治療)</p> <p>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か又は妊娠の可能性が極めて少ないと思われるため、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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の所在地 名称 主治医氏名 (署名又は記名押印)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">夫</th> <th style="width: 50%;">妻</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>フリガナ 受診者氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>受診者生年月日</td> <td>年 月 日(歳)</td> </tr> <tr> <td>今回の治療法</td> <td>該当する記号に○をつけてください。 A B C D E F 1.体外受精 2.顕微授精 (該当する番号に○をつけてください)</td> </tr> <tr> <td>今回の治療期間</td> <td>年 月 日 ~ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(今回の治療にかかった自己負担額(保険診療分)合計)</td> </tr> <tr> <td>特定不妊治療費(男性不妊治療費除く)</td> <td>領収金額 円</td> </tr> <tr> <td>男性不妊治療費</td> <td>領収金額 円</td> </tr> </tbody> </table> <p>注意事項(医療機関へのお問い合わせ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>治療期間については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までを記載してください。</li> <li>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。             <ol style="list-style-type: none"> <li>新鮮胚移植を実施</li> <li>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、母体の体調を整えるために1〜3周期の間隔を開けた後に胚移植を行うなどの治療方針に基づく一連の治療を行った場合)</li> <li>以前に凍結した胚による胚移植を実施</li> <li>体調不良等により移植のめどがたらず治療終了</li> <li>授精できず、または、胚の分割停止、変成、多精子受精などの以上受精等による中止</li> <li>採卵した卵子が得られない又は状態の良い卵子が得られないため中止</li> </ol> </li> </ol> <p>※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。</p>	夫	妻	フリガナ 受診者氏名		受診者生年月日	年 月 日(歳)	今回の治療法	該当する記号に○をつけてください。 A B C D E F 1.体外受精 2.顕微授精 (該当する番号に○をつけてください)	今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	(今回の治療にかかった自己負担額(保険診療分)合計)		特定不妊治療費(男性不妊治療費除く)	領収金額 円	男性不妊治療費	領収金額 円
夫	妻																																
フリガナ 受診者氏名																																	
受診者生年月日	年 月 日(歳)																																
今回の治療法	該当する記号に○をつけてください。 A B C D E F 1.体外受精 2.顕微授精																																
今回の治療について																																	
治療期間	治療開始年月日 年 月 日 ~ 治療終了年月日 年 月 日																																
領収金額	今回の治療にかかった自己負担額(保険診療分) 円 特定不妊治療費(男性不妊治療費除く) 円 男性不妊治療費 円 領収金額 円																																
実施した治療等	今回の治療で実施した先進医療の治療・技術に記入し、実施年月日・治療金額を記載してください。 ●先進医療の治療・技術名 実施年月日/実施開始年月日 治療金額 <input type="checkbox"/> 子宮内腔制菌術(GEET法) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> タイムラプス凍結法による受精卵・胚凍結 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 子宮内腔制菌薬(子宮内腔スクリップ) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> ヒパロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 子宮内腔受精能検査(IERA) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 子宮内腔受精能検査1(EMVA/ALICE) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 特殊大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(DIGI) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 子宮内腔受精能検査2(子宮内フローラ) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 子宮内腔受精能検査3(ERPath) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 顕微鏡を用いた生理学的精子選択術 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> マイクロアブ擦過療法 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> 受精前胚具顕微鏡検査(PGT-A) 年 月 日 円 <input type="checkbox"/> その他( ) 年 月 日 円																																
夫	妻																																
フリガナ 受診者氏名																																	
受診者生年月日	年 月 日(歳)																																
今回の治療法	該当する記号に○をつけてください。 A B C D E F 1.体外受精 2.顕微授精 (該当する番号に○をつけてください)																																
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日																																
(今回の治療にかかった自己負担額(保険診療分)合計)																																	
特定不妊治療費(男性不妊治療費除く)	領収金額 円																																
男性不妊治療費	領収金額 円																																