

令和5年度 村山市不妊治療（先進医療）費の助成

保険適用となる生殖補助医療とあわせて行われる先進医療に要した医療費の一部を助成します。

対象者（1～4を全て満たす方）

- 1) 法律上の婚姻関係にある夫婦、または事実上の婚姻関係にある夫婦で、ともに又は夫婦のいずれか一方が村山市内に住所を有すること
- 2) 生殖補助医療を保険診療として受けた者であること
- 3) 助成対象となる治療について、他自治体から助成をうけていないこと

助成対象となる治療

厚生労働大臣の定める基準により、先進医療として告示されている不妊治療で、保険診療となる生殖医療とあわせて実施されたもの

※令和5年4月1日から令和6年3月31日までに終了した治療、
または令和5年4月1日以降に開始した治療であること

助成額

1回あたり10万円（上限）

※1回とは採卵術（実施するための準備を含む）から胚移植術（その結果の確認を含む）までの一連の診療過程を指します。また、医師の判断に基づき、治療を中止した場合であっても、先進医療を行っている場合は1回とみなします。

申請方法

以下の書類をそろえ、1回の治療ごとに申請が必要です。

申請期限は、治療が終了した月の翌々月の末日です。

- 不妊治療（先進医療）費助成事業申請書兼請求書（様式1号）
- 不妊治療（先進医療）費助成事業受診等証明書（様式2号）
- 生殖補助医療に係る医療機関発行の領収書及び診療明細書（原本）
- 申請者名義の通帳の写し

お支払いについて

申請書受理後、審査を行います。助成決定されると決定通知書でお知らせするとともに指定口座に振り込みます。

[問合せ先]

村山市保健課 健康指導係

電話：0237 - 55 - 2111（内線136・137）

メールアドレス：hoken@city.murayama.lg.jp

(様式第1号)

村山市不妊治療（先進医療）費助成事業申請書 兼 請求書

令和 年 月 日

村 山 市 長 あて

申請者 氏 名 _____ ⑩

村山市不妊治療（先進医療）費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、助成決定にあたり、夫婦の住民記録の調査、及び本申請内容について他の公共団体や医療機関等に照会することについて同意します。

フリガナ				
氏 名	夫	妻		
生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳)	昭和 平成 年 月 日 (歳)		
住 所 ※1	〒 電話番号	〒 電話番号		
医療機関名				
先進医療に要した額	円	※添付の不妊治療（先進医療）助成事業受診等証明書の合計領収金額と一致すること		
助成申請額	円	10万円を上限		
振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協		本店 支店名
	預金種別	普通・当座	フリガナ	
			口座名義人	
口座番号				

注) 1 ※1は 夫婦の住所が異なる場合のみ、それぞれに記入してください。

2 助成金振込先の金融機関は、申請者名義の口座をご記入ください。

- 【添付書類】 ①不妊治療（先進医療）費助成事業受診証明書（様式第2号）
②生殖補助医療に係る医療機関発行の領収書及び診療明細書（原本）
③申請者名義の通帳の写し

受給者番号
回目

村山市不妊治療（先進医療）費助成事業受診等証明書

当医療機関は先進医療に係る実施医療機関として承認されている医療機関であり、次の受診者について、保険適用された生殖補助医療と併せて先進医療を実施し、以下のとおり先進医療に係る保険外診療費用を徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名称及び所在地

主治医氏名

⑩

電話番号

()

以下の治療内容は、主治医が記入してください。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		S H 年 月 日 (歳)		S H 年 月 日 (歳)
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※治療開始日（採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等の日）～ 治療終了日（妊娠を確認した日又は治療を中止した日）			
妊娠判定結果	陽性 ・ 陰性			
上記期間中に実施した先進医療 該当技術名に☑してください				
先進医療技術名	実施開始日		領収金額	
<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI)	年 月 日		円	
<input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 (タイムラプス)	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"/> 子宮内細菌叢検査 2 (子宮内フローラ検査)	年 月 日		円	
<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 (SEET 法)	年 月 日		円	
<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 1 (子宮内膜受容能検査=ERA)	年 月 日		円	
<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 2 (子宮内膜受容期検査=ERPeak)	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"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 (IMSI)	年 月 日		円	
<input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 (二段階胚移植法)	年 月 日		円	
<input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法 (不妊症患者に対するタクロリムス投与療法)	年 月 日		円	
<input type="checkbox"/>	年 月 日		円	
先進医療に係る合計領収金額			円	