

四日市市特定不妊治療に要する医療費の助成（着床前胚染色体異数性検査（P G T－A）を含む特定不妊治療費助成事業）に関する規則をここに公布する。

令和 7 年 1 0 月 2 3 日

四日市市長 森 智 広

四日市市規則第 9 7 号

四日市市特定不妊治療に要する医療費の助成（着床前胚染色体異数性検査（P G T－A）を含む特定不妊治療費助成事業）に関する規則

（目的）

第 1 条 この規則は、不妊治療を行っている夫婦（法律上の婚姻をしている夫婦（法律上の婚姻をしていた配偶者と死別した者を含む。以下「法律婚夫婦」という。）及び婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある夫婦（以下「事実婚夫婦」という。）をいう。以下同じ。）に対し、着床前胚染色体異数性検査（以下「P G T－A」という。）を含む特定不妊治療に係る経費の一部を助成することにより、経済的な負担の軽減を図り、もって少子化対策に寄与することを目的とする。

（医療費の助成対象者）

第 2 条 市長は、次の各号に掲げるすべての要件を満たす夫婦に対し、P G T－A を含む特定不妊治療に係る医療費（以下「医療費」という。）の助成を行うものとする。

- (1) 夫婦のどちらか一方が、助成金の交付申請の日に本市の住民基本台帳に記録されていること。
- (2) 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医師に診断されていること。
- (3) 2 回以上の体外受精胚移植の不成功の既往を有する不妊症の夫婦又は 2 回以上の流死産の既往を有する不育症の夫婦であること。ただし、夫婦のいずれかに染色体構造異常（均衡型染色体転座など）が確認されている場合は、2 回以上の体外受精胚移植の不成功又は 2 回以上の流死産の既往を有しなくても対象とする。
- (4) 助成を受けようとする対象となる治療期間の初日における妻の年齢が 3 5 歳以上 4 3 歳未満であること。

（助成対象となる医療費の範囲）

第3条 助成対象となる医療費の範囲は、P G T－Aを含む特定不妊治療であって、P G T－Aについて公益社団法人日本産科婦人科学会に承認されている医療機関で受診したものに係る医療費のうち、別表に掲げる治療のいずれかにあてはまる保険適用外の不妊治療費及び助成の申請に係る証明書の発行に要した額とする。ただし、次の各号に掲げる治療法等に係る医療費並びに差額ベッド代（個室使用料）及び食事代に係る費用は、助成の対象としない。

- (1) 夫婦以外の第三者からの精子、卵子又は胚の提供による不妊治療
- (2) 代理母（妻が卵巣と子宮を摘出したことなどにより、妻の卵子が使用できず、かつ、妻が妊娠できない場合に、夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠し、及び出産するもの）
- (3) 借り腹（夫婦の精子と卵子は使用できるが、子宮摘出等により、妻が妊娠できない場合に、夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚を妻以外の第三者の子宮に注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠し、及び出産するもの）
- (4) 特定不妊治療において、卵胞が発育しないため若しくは排卵が終了したために治療を中止した場合又は採卵準備中に体調不良等により治療を中止した場合
- (5) 鍼灸治療
- (6) 漢方薬の処方

2 前項の規定にかかわらず、次の各号に掲げる医療費は、助成の対象としない。

- (1) 過去にこの規則又は四日市市特定不妊治療に要する医療費の助成（保険適用終了後の回数追加事業）に関する規則（令和6年四日市市規則第81号。以下「特定不妊治療（回数追加）規則」という。）に基づき助成の決定を受けた治療が終了した日以前に終了した治療に係る医療費
- (2) 三重県特定不妊治療費及び不育症治療費等補助金交付要領（平成18年10月1日施行）第3条及び第3条の2の規定に基づき、三重県内の他市町が助成した治療に係る医療費
（助成金の交付申請）

第4条 助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、四日市市特定不妊治療医療費助成金交付申請書（着床前胚染色体異数性検査（P G T－A）を含む特定不妊治療費助成事業用）（第1号様式）に次の各号に掲げる書類を添付して、市長に提出しなければならない。

- (1) 四日市市特定不妊治療医療費助成金交付実績報告書（着床前胚染色体異数性検査（P G T－A）を含む特定不妊治療費助成事業用）（第1号様式の2）

- (2) 同一世帯に属さない法律婚夫婦については、それぞれの戸籍謄本（外国人にあっては、婚姻継続証明書その他婚姻関係が分かる書類）
- (3) 事実婚夫婦については、それぞれの戸籍謄本（外国人にあっては、婚姻要件具備証明書）
- (4) 同一世帯に属さない事実婚夫婦については、事実婚関係に関する申立書（第1号様式の3）
- (5) その他市長が必要と認める書類

2 前項の規定による申請は、不妊治療が終了した日の属する年度の翌年度の初日から起算して2年を経過したときは、行うことができない。

3 第1項に規定する助成金の交付申請は、1子あたり6回までとする。ただし、治療実施時点における保険診療で実施した胚移植術の実施回数及び特定不妊治療（回数追加）規則に基づく助成回数と合わせて1子あたり通算8回までとする。

4 前項の助成回数には、三重県内の他市町が助成した回数も含めるものとする。

5 助成金の交付申請は、医師が証明する治療1周期ごとに申請するものとする。

6 申請者は、第1項に基づく申請を行う場合は同一の治療について特定不妊治療（回数追加）規則第4条の規定に基づく助成金の交付申請を行うことはできない。（助成額）

第5条 助成金の額は、第3条の規定により助成対象となる医療費及び当該申請に係る証明書の発行に要した額の合計額（当該額に100円未満の端数があるときは、当該端数は切り捨てるものとする。以下「医療費等」という。）とする。ただし、1回の申請においては30万円（別表中Cの項又はFの項に規定する治療については17万5千円）を限度とする。

2 前項に定める助成金の額は、当該申請にかかる医療費の助成を他の地方公共団体から受けることができる場合については、医療費等から他の地方公共団体の助成金の額を除いた額を超えないものとする。

3 第1項に定める助成金の額は、四日市市不妊治療に要する医療費の助成に関する規則（平成15年四日市市規則第28号。以下「不妊治療規則」という。）第6条の規定による助成金の交付決定を受けている場合については、医療費等から同条の規定による交付決定を受けた額を除いた額を超えないものとする。

（助成金の交付決定通知）

第6条 市長は、第4条第1項の規定による申請があった場合は、これを審査し、助成の適否及び助成額を決定のうえ、交付するときは四日市市特定不妊治療医療費助

成金交付決定通知書（着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）を含む特定不妊治療費助成事業用）（第2号様式）により、助成金を交付することが不適当と認めたときは四日市市特定不妊治療医療費助成金不交付決定通知書（着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）を含む特定不妊治療費助成事業用）（第3号様式）により、申請者に通知するものとする。

（領収書等の保管等）

第7条 申請者は、申請を行った日から1年間、医療機関が発行した当該申請に係る医療費の領収書及び明細書（以下「領収書等」という。）を保管しなければならない。

2 市長は、必要があると判断したときは、申請者に対して、領収書等の提出を求めることができる。

3 申請者は、前項の規定による領収書等の提出の要求があった場合には、領収書等を提出しなければならない。

（助成金の返還）

第8条 市長は、助成金の交付を受けた者が次の各号のいずれかに該当するときは、助成金の全部又は一部の返還を求めることができる。

（1）偽りその他不正の行為によってこの規則による助成金の交付を受けたとき。

（2）他の地方公共団体から医療費の助成を受けたことにより、交付した助成金の額が第5条第2項に規定する額を超えたとき。

（3）不妊治療規則第6条の規定による助成金の交付決定を受けたことにより、交付した助成金の額が第5条第3項に規定する額を超えたとき。

（4）前条第2項の規定に基づく領収書等の提出要求に対し、申請者が当該領収書等を提出しないとき。

（関係帳簿等の備付け）

第9条 市長は、助成の状況を明確にするため、台帳を備え付けるものとする。

（補則）

第10条 助成金の交付については、この規則に定めるもののほか、四日市市補助金等交付規則（昭和57年四日市市規則第11号）によるものとする。

第11条 この規則に定めるもののほか、この規則の施行に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この規則は、令和 7 年 1 1 月 1 日から施行し、令和 7 年 4 月 1 日以後に終了した不妊治療に対する医療費の助成から適用する。

別表（第 3 条関係）

| 治療区分 | 治療内容 |
|------|--|
| 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 周期の間隔をあ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めどが立たず治療終了 |
| E | 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精など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 |

第 1 号様式(第 4 条関係)

四日市市特定不妊治療医療費助成金交付申請書
(着床前胚染色体異数性検査 (PGT-A) を含む特定不妊治療費助成事業用)

年 月 日

| | | |
|------|-------|----|
| 治療年度 | 第 1 回 | 年度 |
| | 第 2 回 | 年度 |
| | 第 3 回 | 年度 |
| | 第 4 回 | 年度 |
| | 第 5 回 | 年度 |
| | 第 6 回 | 年度 |

住所
申請者 氏名
(署名または記名押印)
電話番号

次のとおり四日市市特定不妊治療医療費助成金 (着床前胚染色体異数性検査 (PGT-A) を含む特定不妊治療費助成事業) の交付を受けたいので、四日市市特定不妊治療に要する医療費の助成 (着床前胚染色体異数性検査 (PGT-A) を含む特定不妊治療費助成事業) に関する規則第 4 条の規定により申請します。また、住所要件、婚姻要件、年齢要件、その他交付決定にあたり必要な事項を調査することを承諾し、他の地方公共団体における特定不妊治療費受給状況について照会すること及び他の地方公共団体に対し四日市市特定不妊治療医療費の助成金交付決定情報を必要に応じて提供することを同意します。

| | | | | | |
|--|-----|-------------|---|------------------------------|---|
| 氏 名 | | 生 年 月 日 | | | |
| 夫 | | 年 月 日 | | | |
| 妻 | | 年 月 日 | | | |
| ・ 今回の治療は第何子目に対しての治療ですか。 第 () 子目 | | | | | |
| ・ 今回の治療までに保険診療で何回、胚移植術を実施しましたか。 () 回 | | | | | |
| ・ 今回の PGT-A を含む特定不妊治療費助成事業の助成申請は何回目ですか。 () 回目 (三重県内の他市町での申請回数も含む)。 | | | | | |
| ・ 保険適用終了後の回数追加事業の助成申請を何回行いましたか。 () 回 (三重県内の他市町での申請回数も含む)。 | | | | | |
| 医療費の内 自己負担額の計 | 円 | 助成金の 申請額 | 円 | 助成金 交付決定額 | 円 |
| 金 融 機 関 名 | | 口 座 番 号 | | 口座名義人 (フリガナ) < 申請者名義に限る > | |
| 銀行 | 本店 | 普通 | | | |
| 金庫 | 支店 | | | | |
| 農協 | 出張所 | | | | |

四日市市特定不妊治療医療費助成金交付実績報告書
(着床前胚染色体異数性検査(PGT-A)を含む特定不妊治療費助成事業用)

医療機関等証明欄(主治医が記入してください。)

以下について確認し、間違いがなければ、レ点を記入してください。

- ☐ 下記の者が今回の治療までに実施した胚移植術の実施回数の合計が、下記のとおりである。
- ☐ 下記の者は、2回以上の体外受精胚移植の不成功の既往を有する不妊症の夫婦、または、2回以上の流産の既往を有する不育症の夫婦である。または、夫婦のいずれかに染色体構造異常(均衡型染色体転座など)が確認されている。
- ☐ 当医療機関は、生殖補助医療にかかる保険医療機関であり、着床前胚染色体異数性検査(PGT-A)実施医療機関として承認されている。
- ☐ 今回の治療は保険外診療で実施しました。

| | | | | |
|--|-------------------------------------|------|--|-----|
| (ふりがな) 受診者氏名 | 夫 | () | 妻 | () |
| 受診者生年月日 | 年 月 日 (歳) | | 年 月 日 (歳) | |
| 今回の治療方法 | A B C D E F 該当する記号(注参考)に○を付けて下さい | | AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 (該当する番号に○を付けて下さい) | |
| 今回の治療期間 (※1) | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | |
| 最初に保険診療で治療を開始した日 (今回の治療にかかる子の初回) | 年 月 日 | | | |
| 今回の治療までに保険診療で 実施した胚移植術の実施回数 | 回 | | | |
| 領収金額 | [今回の治療にかかった金額合計※保険外診療に限る] | | | |
| | 特定不妊治療費 | 領収金額 | 円 | |
| | (うち文書料 円) | | | |
| 上記の者については、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を上記のとおり領収したことを 証明します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <div style="text-align: center;">所在地 医療機関等 名称 氏 名</div> <div style="text-align: right;">印</div> | | | | |
| 四日市市長 | | | | |

※1) 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日までを記載してください。

(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周期の間隔をあ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めどが立たず治療終了
- E 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等による中止
- 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。

事実婚関係に関する申立書

下記の二名については、事実婚関係にあることを申し立てます。

事実婚関係にある不妊治療を行った方の住所、氏名

①

住所：_____

氏名：_____

②

住所：_____

氏名：_____

事実婚関係にある二人①②が同一世帯になっていない理由

| |
|--|
| |
|--|

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

四日市市長

住所

氏名

第2号様式（第6条関係）

第 号

四日市市

様

四日市市特定不妊治療医療費助成金交付決定通知書
（着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）を含む特定不妊治療費助成事業用）

年 月 日付で申請のあった不妊治療医療費助成金の交付については、四日市市特定不妊治療に要する医療費の助成（着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）を含む特定不妊治療費助成事業）に関する規則第6条の規定に基づき、下記のとおり交付することに決定したので通知します。

年 月 日

四日市市長

記

助成交付決定額 円
（助成金交付確定額）

助成対象期間 年 月 日から
年 月 日まで

第3号様式（第6条関係）

第 号

四日市市

様

四日市市特定不妊治療医療費助成金不交付決定通知書
（着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）を含む特定不妊治療費助成事業用）

年 月 日付で申請のあった不妊治療医療費助成金の交付については、四日市市特定不妊治療に要する医療費の助成（着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）を含む特定不妊治療費助成事業）に関する規則第6条の規定に基づき、下記のとおり交付しないことに決定したので通知します。

年 月 日

四日市市長

記

不交付の理由

(こども未来部こども手当・医療給付課)