

生駒市生殖補助医療等助成事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、不妊に悩む夫婦に対し、不妊治療のうち、体外受精及び顕微授精（以下「生殖補助医療」という。）並びにこれに併せて行われる先進医療（以下「先進医療」という。）に要する費用の一部を予算の範囲内において助成するに当たり、生駒市補助金交付規則（平成20年10月生駒市規則第19号。以下「規則」という。）に定めるものほか、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

(1) 夫婦 法律上の婚姻（以下「法律婚」という。）をしている夫婦又は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男女（他の者と法律婚をしていない者に限る。以下「事実婚」という。）をいう。

(2) 医療保険各法 次に掲げる法律をいう。

ア 健康保険法（大正11年法律第70号）

イ 船員保険法（昭和14年法律第73号）

ウ 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）

エ 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）

オ 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）

カ 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）

(対象者)

第3条 助成金の交付を受けることができる者（以下「助成対象者」という。）は、次に掲げる要件のいずれにも該当する者とする。

(1) 生殖補助医療を受けた夫婦であって、生殖補助医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た者

(2) 治療開始日における妻の年齢が、43歳未満である夫婦であること。

(3) 夫婦のうち、どちらか一方が治療期間の初日から申請日までの間、奈良県内に在住し、かつ、申請日に本市に住民登録を有する者であること。

(4) 治療期間の初日から申請日までの間、夫婦のいずれもが医療保険各法に基づく被保険者、組合員又は被扶養者であること。

(5) 申請日の前々月の月末において、夫婦のいずれもが、本市に納付すべき市税を滞納していないこと（納付期限が到来していない市税について、市に対し分割納付の誓約をしている者は、滞納とみなす。）。

(6) 事実婚の関係にある夫婦が助成を受ける場合は、生殖補助医療を受けた結果、出生した子について認知を行う意向があること。

（対象となる治療等）

第4条 助成の対象となる治療は、厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして、地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において実施する令和4年4月1日以降に保険収載された不妊治療のうち、令和7年4月1日以降に開始した別表第1に掲げる生殖補助医療（男性不妊治療を含む。以下同じ。）及び別表2に掲げる先進医療とする。ただし、不妊治療には至らず、検査のみの場合は、助成の対象外とする。

2 第1項の規定にかかわらず、次に掲げる費用は助成の対象としない。

(1) 入院時の差額ベット代、食事代、文書料その他の直接治療に關係のない費用

(2) 他の市区町村において助成の対象となった不妊症の検査及び治療に係る費用

(3) 医療保険各法の規定に基づき支給される医療保険又は生活保護法（昭和25年法律第144号）第15条に規定する医療扶助の適用対象となる治療に係る費用

3 第1項の規定にかかわらず、次に掲げる治療等は助成の対象としない。

(1) 卵胞が発育しない等により卵子採取以前に治療を中止したもの

(2) 夫婦以外の第三者からの精子、卵子又は胚の提供によるもの

(3) 借り腹（夫婦の精子と卵子を使用できるが、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、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するものをいう。）によるもの

(4) 代理母（妻が卵巣と子宮を摘出した場合等、妻の卵子が使用できない、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・出産するものをいう。）によるもの

(5) 保険診療と保険外診療を組み合わせて行ういわゆる「混合診療」による生殖補助医療等

(6) 不妊症の診断がされていない者に対して、妊娠性温存療法及び妊娠性温存療法により凍結した検体を用いて生殖補助医療を実施した場合

（助成金の額及び通算助成回数）

第5条 助成金の額等は、次表のとおりとする。

区分	対象費用	基準額
(1) 保険診療で実施した治療	保険診療により実施した生殖補助医療に要した医療費	左欄に定める費用のうち、健康保険法第63条に定める療養の給付について、同法第74条に定める一部負担金から、同法第115条に定める高額療養費及び健康保険組合等が実施する付加給付に相当する額を除く、本人が負担する額の2分の1の額（その額に千円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額）とし、上限を5万円とする
(2) 保険適用回数の上限を超えて実施した治療	生殖補助医療のうち、保険適用の回数の上限を超過したため、全額自費診療となった生殖補助医療に要した医療費	左欄に定める費用のうち、本人が負担する額の2分の1の額（その額に千円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額）とし、上限を15万円とする
(3) (1)又は(2)に追加して実施した先進医療	厚生労働大臣が先進医療として告示した技術等のうち、(1)又は(2)に追加して実施した生殖補助医療に係るものに要した医療費	左欄に定める費用のうち、本人が負担する額の2分の1の額（その額に千円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額）とし、上限を5万円とする

2 補助対象となる治療回数は、次に掲げるとおりとする。

(1) 保険診療で実施した治療に対する補助の回数は、保険診療における算定回数の上限と同じとし、初めて保険診療で実施した生殖補助医療の治療期間の初日における妻の年齢が40歳未満である場合は、保険診療により実施する胚移植術の回数が6回（40歳以上43歳未満であるときは3回）に至るまでとする。ただし、令和7年3月31日以前に開始した治療において、すでに保険診療により胚移植術を実施している場合は、その残りの回数を上限とする。

なお、「治療期間の初日」とは、治療計画を作成した日（治療計画を作成しない場合は、採卵準備のための「薬品投与」の開始等の日）をいい、「1回の治療」とは、治療計画の作成（治療計画を作成しない場合は、採卵準備のための「薬品投与」の開始等）から、医学的に当該生殖補助医療が終了する（「妊娠の確認」等）までの生殖補助医療の実施の一連の過程をいう。また、以前に凍結した胚による胚移植を実施した場合については、以前に行った体外受精又は顕微授精により作られた受精胚による凍結胚移植も1回とみなす。

(2) 保険適用回数の上限を超えて実施した治療に対する補助の回数は、1子につき胚移植術の回数が2回に至るまでとし、令和7年4月1日を起点として算定する。

3 前項各号に定める治療の回数は、1子（妊娠12週以降に死産に至った場合を含む。）当たりの助成回数とし、住民票、戸籍謄本、死産届等により確認するものとする。

（助成の申請）

第6条 助成を受けようとする者（以下「申請者」という）は、生駒市生殖補助医療費等助成金交付申請書兼請求書（様式第1号）に次に掲げる書類を添付して市長に申請しなければならない。ただし、その内容が確認できる場合は、当該書類の添付を省略することができる。

(1) 対象者の住民票の写し

(2) 生殖補助医療費助成事業受診等証明書（様式第2号）

(3) 対象者の医療保険各法の規定に基づく被保険者若しくは組合員若しくは被扶養者であることの証明書若しくは資格確認書等の写し又はマイナポータルの健康保険証等の情報を印字措置により出力したもの等で被保険者等であることが確認できるもの

(4) 限度額適用認定証の写し若しくは限度額適用認定の区分が確認できる資格確認書等の写し又はマイナポータルの健康保険証等の情報を印字措置により出力したもの等で限度額適用認定の区分が確認できるもの（保険診療で実施した治療に対する補助を受けようとする場合に限る。）

(5) 振込み口座の通帳等の写し

(6) その他市長が必要と認める書類

2 前項の申請は、当該生殖補助医療等が終了した日の属する年度内に行わなければならぬ。ただし、当該終了した日が年度末であることその他市長が特別の事情があると認めるときは、この限りでない。

3 電子情報処理組織を使用する方法により申請をする場合は、申請書兼請求書（様式第1号）で自筆での氏名の記載を必要としている箇所を、電子計算機の映像面上で氏名を記入する方法に代替できるものとする。

（交付決定等）

第7条 市長は、前条第1項の規定による交付申請があったときは、これを審査の上、補助金の交付の可否を決定し、申請者に通知するものとする。

2 市長は前項の規定による交付決定の通知により、補助金の額の確定通知を行ったものとみなす。

（実績報告及び交付の請求）

第8条 規則第12条第1項の実績報告及び規則第16条第1項の交付の請求は、第6条第1項の規定による交付申請により行ったものとみなす。

（その他）

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和7年7月15日から施行する。

附 則

この要綱は、令和7年12月2日から施行する。

別表I(生殖補助に係る診療報酬一覧)

治 療 内 容	評 価 項 目	
保険収載となった治療のうち、生殖補助医療に係るもの（男性不妊を除く）		生殖補助医療管理料 生殖補助医療管理料1 生殖補助医療管理料2
	①採卵	採卵術 採卵数加算 イ. 1個の場合 ロ. 2~5個までの場合 ハ. 6~9個までの場合 ニ. 10個以上の場合
		抗ミュラー管ホルモン(AMH)
	②採精	(男性不妊に記載)
	③体外受精・顕微授精	体外受精・顕微授精管理料 体外受精及び顕微授精 同時実施管理料 イ. 1個の場合 ロ. 2~5個までの場合 ハ. 6~9個までの場合 ニ. 10個以上の場合 新鮮精子加算 ※卵子活性化処理を実施した場合
	④受精卵・胚培養	受精卵・胚培養管理料 胚盤胞作成加算 イ. 1個の場合 ロ. 2~5個までの場合 ハ. 6~9個までの場合 ニ. 10個以上の場合
	⑤胚凍結保存	胚凍結保存管理料(導入時) イ. 1個の場合 ロ. 2~5個までの場合 ハ. 6~9個までの場合 ニ. 10個以上の場合 胚凍結保存維持管理料

	⑥胚移植	胚移植術 アシステッドハッチング加算 高濃度ヒアルロン酸含有培養液加算	新鮮胚移植の場合 凍結・融解胚移植の場合
男性不妊	⑦Y染色体微小欠失検査	Y染色体微小欠失検査	
	⑧精巣内精子採取術	精巣内精子採取術	単純なもの 顕微鏡を用いたもの
	⑨採取精子調整管理料		※精巣内精子採取術により採取された精子を用いる場合
	⑩精液一般検査		
	⑪精子凍結保存管理料	1 精子凍結保存管理料 2 精子凍結保存維持管理料	イ 精巣内精子採取術で採取された精子を凍結する場合 ロ イ以外

別表2(先進医療として厚生労働大臣が告示したものうち各治療内容ごとに追加的に実施される場合があるもの)

別表1の治療内容	先進医療(申請)技術名	技術の概要
先進医療として告示されている不妊治療関連の技術	(3) ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI)	ヒアルロン酸を含有する培地を用いて、成熟精子の選択を行う技術。
		強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(IMSI)
	(4) タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養(タイムラプス)	強拡大の顕微鏡を用いて、成熟精子の選択を行う技術。
		培養器に内蔵されたカメラによって、胚培養中の胚を一定間隔で自動撮影し、培養器から取り出すことなく、正確な胚の評価が可能となる技術。
	(6) 子宮内膜刺激術(SEET法)	胚培養液を胚移植数日前に子宮に注入し、受精卵の着床に適した環境を作り出す技術。
		子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)
		胚移植を行う予定の前周期に子宮内膜のスクラッチ(局所内膜損傷を与える)を行い、翌周期に胚移植を行う技術。
		子宮内膜受容能検査1(ERA検査)
		子宮内膜を採取し、次世代シークエンサーを用いて遺伝子の発現を解析し、内膜組織が着床に適した状態であるのかを評価する検査。
		子宮内細菌叢検査1(EMMA／ALICE検査)
		子宮内の細菌叢が、正常であるのか、異常であるのか、またその菌の種類の組成を判断する検査。
	子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ検査)	子宮内の細菌叢が、正常であるのか、異常であるのか、またその菌の種類の組成を判断する検査。
		子宮内膜受容能検査2(子宮内膜受容期検査(ERPeak検査))
	タクロリムス投与療法(タクロリムス投与療法)	子宮内膜を採取し、RT-qPCRを用いて遺伝子の発現を解析し、内膜組織が着床に適した状態であるのかを評価する検査。
	タクロリムス投与療法(タクロリムス投与療法)	反復着床不全に対して、免疫抑制剤(タクロリムス)の投与を行う技術。
	着床前胚異数性検査(PGT-A)	胚から一部の細胞を採取して染色体の量の解析を行い、染色体数が正常な胚を選択する技術。
	二段階胚移植術(二段階胚移植法)	先行して初期胚を移植し、後日、継続培養を行った別の胚盤胞を移植する技術。
	膜構造を用いた生理学的精子選択術(マイクロ流体技術を用いた精子選別)	特殊な膜構造を用いて、成熟精子の選択を行う技術。

生駒市生殖補助医療費等助成金交付申請書兼請求書

生駒市長 殿

関係書類を添えて下記のとおり生殖補助医療費及び先進医療費の助成を申請します。

また、生殖補助医療費等助成事業による助成金の交付状況について、生駒市が他の自治体へ照会することに同意します。

(注) 1 太枠の中を記入してください。

2 申請できる期限は1回の治療が終了した日の属する年度内です。

申請者	ふりがな			生年月日	年 月 日 (歳)		
	氏名						
配偶者	ふりがな			生年月日	年 月 日 (歳)		
	氏名						
過去の助成歴 (令和7年4月1日以降)	奈良県内の市町村で、保険適用の回数を超えて実施した胚移植に対しての助成を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある ⇒ 通算()回 (助成を受けた市町村名:) <input type="checkbox"/> なし						

生殖補助医療に要した費用 ※夫婦合算額								円
申請額						0	0	0 円

助成金の交付を決定した時は、次の口座へ振り込んでください。

振込先	金融機関名	銀行・組合		本店		
		金庫・農協		支店・出張所		
	預金種別	普通・貯蓄	フリガナ			
口座番号			口座名義人(申請者)			

【誓約・同意】※必ず、申請者と配偶者の自筆で記名お願いします。

私は、貴市に納付すべき市税を滞納していないことを誓約します。また、助成要件の審査のために必要があるときは、私及び私の配偶者の住民基本台帳及び市税の納付状況に関する情報を生駒市長が閲覧することに同意します。さらに医療機関や、ご加入の健康保険組合等の関係機関に対し、治療内容や費用、および助成状況等について健康課職員が確認することに同意します。

申請者 _____ 配偶者 _____

※市町村使用欄								
保険適用分 ア	生殖補助医療の内、保険適用の合計 円			(助成対象額) 円	(県補助対象分) 円			
保険適用回数超過分 イ	生殖補助医療の内、回数超過の合計 円			(助成対象額) 円	(県補助対象分) 円			
先進医療分 ウ	先進医療の合計 円			(助成対象額) 円	(県補助対象分) 円			
男性不妊分 エ	男性不妊治療の合計 円			(助成対象額) 円	(県補助対象分) 円			
市民年月日	申 請 者	年 月 日	配 偶 者	年 月 日	決定年月日			
被保険者等確認								
医療機関証明	確認			交付・不交付	交付決定額 円			

様式第2号（第6条関係）

生殖補助医療費助成事業受診等証明書

令和 年 月 日

※該当するものに□してください（すべてに□がある場合のみ助成の対象となります）。

下記の者については、生殖補助医療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、生殖補助医療を実施し、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。

この証明書には、生殖補助医療（うち、保険収載治療内容及び先進医療告示治内容に限る）に係るもののみを記載しています。

当医療機関は生殖補助医療管理料に係る届出を行っています。

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

	(ふりがな) 氏名	生年月日
受診者 (妻)	()	昭和 年月日（歳） 平成
配偶者 (夫又はパートナー)	()	昭和 年月日（歳） 平成

※以下、治療内容等及びその費用（本人負担額）について、①～⑦にご記載ください（□があるものは、該当するものに□してください）。

①過去の保険診療による胚移植回数（ ）回 ※今回申請分は含みません。

今回の申請内訳	申請回数	治療期間※4
	治療内容	本人負担額内訳※5
②生殖補助医療区分	※1裏面をご確認の上、該当する記号に「○」をつけてください。 A B C D E F I	年月日～年月日 治療開始時点の妻の年齢（歳）
③□保険適用	●回数を○で囲んでください。 □保険適用の回数超過（1, 2）回目	保険収載治療内容分 円 (男性不妊治療を除く、保険収載された治療内容に限る。)
④先進医療	※2下記をご確認の上、該当する番号をすべてご記載ください。 ()	先進医療分 円
⑤男性不妊	※3裏面をご確認の上、該当する番号をすべてご記載ください。 ()	男性不妊分 円

⑥※2 先進医療について（③のいずれかの該当する□に□の上、回数超過の場合は回数に「○」が記載されていることが必須。）

・助成対象となる治療・技術は、先進医療として厚生労働省より告示されているものに限ります。

・今回実施した先進医療の番号を上表の該当欄に記載のうえ、貴院における1回あたりの費用を下表に記載してください。

【注】①～⑬までの他に、新しく先進医療として告示された治療・技術を実施した場合は⑭に記入してください。

・貴院が不妊治療に係る先進医療を実施する保険医療機関として厚生省に登録されている技術について、下表のそれぞれの技術名の左欄に□してください。

<input type="checkbox"/>	①ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI)	円
<input type="checkbox"/>	②タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	円
<input type="checkbox"/>	③強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別 (IMSI)	円
<input type="checkbox"/>	④子宮内膜刺激術 (SEET法)	円
<input type="checkbox"/>	⑤子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ)	円
<input type="checkbox"/>	⑥子宮内膜受容能検査 (ERA)	円
<input type="checkbox"/>	⑦子宮内細菌叢検査 (EMMA,ALICE)	円
<input type="checkbox"/>	⑧子宮内細菌叢検査 (子宮内フローラ)	円
<input type="checkbox"/>	⑨子宮内膜受容能検査 (ERPeak)	円
<input type="checkbox"/>	⑩タクロリムス投与療法	円
<input type="checkbox"/>	⑪着床前胚異数性検査 (PGT-A)	円
<input type="checkbox"/>	⑫二段階胚移植法	円
<input type="checkbox"/>	⑬膜構造を用いた生理学的精子選択術 (マイクロ流体技術を用いた精子選別)	円
<input type="checkbox"/>	⑭その他 ()	円

(裏面もご確認ください。)

※1 生殖補助医療に係るステージ及び助成対象は以下のとおりです。

治療内容	採卵まで			採精（夫）	精子凍結	（前培養・移植 （顎微授精）・培養） 受精	胚移植		凍結胚移植		（胚移植のおおむね2週間後） 妊娠の確認
	（自然周期で行う場合もあり） 薬品投与（点鼻薬）	（自然周期で行う場合もあり） 薬品投与（注射）	採卵				新鮮胚移植 胚移植	黄体期補充療法 胚凍結	胚移植	黄体期補充療法	
A 新鮮胚移植を実施											
B 凍結胚移植を実施											
C 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施											
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、胚の分裂停止、変性、多精子授精などの異常授精等により中止											
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											
G 胚胞が発育しない、又は排卵終了のため中止											
H 採卵準備中、体調不良等により治療中止											
I 男性不妊治療を行ったが、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中止											

⑦※3 男性不妊について (③のいずれかの該当する□に○の上、回数超過の場合は回数に「○」が記載されていることが必須。)

- ・体外受精または顎微授精用いるための精子を採取することを目的として実施した場合が対象です。
- ・実施した内容すべての記号を表面にご記載ください。また、主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が治療内容とともに領収金額を記載してください。
- ・新たに保険収載された治療を実施した場合は、エ)欄に治療名を記載してください。
- ・新たに先進医療として告示された治療・技術を実施した場合は、当該医療機関が当該先進医療の技術を実施する保険医療機関として厚生局に登録されていることを確認の上、オ)欄に○し、技術名、金額を記入してください。

記載項目 あり	ア) Y染色体微小欠失検査
	イ) 精巣内精子採取術（単純なもの、顎微鏡を用いたもの）※実施したものに「○」をつけてください。
	ウ) 精子凍結
	エ) 上記以外の保険治療（ ）
	オ) □ 新たに先進医療として告示された治療・技術（ ） 当該医療機関での1回あたりの費用（ 円）

※4 治療期間について

当該生殖補助医療に係る治療計画を作成した日（治療計画の作成を必要としない場合は、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（医学的に当該生殖補助医療が終了した日、原則妊娠判定日）までを記載してください。

ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から生殖補助医療終了日までを記載してください。

※5 費用について

出産（流産、死産を含む）に係る費用は対象外です。また、入院料、食事代、文書料等の直接治療に係ない費用も対象外です。