

大阪市不育症治療支援事業補助要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、大阪市補助金等交付規則（平成18年大阪市規則第7号。以下「市規則」という。）に定めるもののほか、大阪市不育症治療支援事業助成金（以下「助成金」という。）の交付に係る申請、決定等について必要な事項を定めるものとする。

(補助の目的)

第2条 大阪市は、不育症治療に要する費用の一部を助成することにより、不育症の方の経済的な負担の軽減を図ることを目的として、予算の範囲内において、助成金を本要綱に基づき交付するものとする。

(補助事業)

第3条 大阪市不育症治療支援事業（以下「本事業」という。）の助成対象者、対象となる治療、実施医療機関、実施方法等は次のとおりとする。

- (1) 助成対象者は、検査実施日時点において大阪市に住所を有している、かつ二回以上の流産、死産の既往がある者とする。
- (2) 対象となる治療は、先進医療として告示されている不育症検査とする。
- (3) 実施医療機関は、先進医療として告示されている不育症検査の実施機関として、届出を行っている又は承認されており、保険適用されている不育症に関する治療・検査を保険診療として実施している医療機関とする。
- (4) 本事業の実施は、大阪市が、第1号に定める助成対象者が前号の実施医療機関において第2号に定める治療のために要した費用の一部を助成することにより行うものとする。

(助成金の額)

第4条 助成額は一回の検査につき5万円までとする。

(助成の申請)

第5条 助成を受けようとする者は、治療を受けた実施医療機関で「大阪市不育症治療支援事業申請書（様式第1号）（以下「申請書」という。）及び「大阪市不育症治療支援事業受診等証明書」（様式第2号）（以下「証明書」という。）を受け取り、治療が終了した日の属する年度の翌年度4月末日（大阪市の休日を定める条例（平成3年大阪市条例第42号）第1条に規定する市の休日である場合は、その日以前の直近の市の休日でない日）までに、居住地の区保健福祉センターを經由して市長に申請書及び証明書を提出しなければならない。ただし、期限までに提出することが出来ない合理的な理由がある場合には、この限りではない。

2 申請書及び証明書を提出する場合は、次の書類を必要書類として添付しなければならない。

- (1) 不育症検査結果個票
- (2) 大阪市に住所を有することを証明する書類
- (3) 実施医療機関が発行する領収書

(助成の決定)

第6条 市長は、申請受理後、提出のあった申請書、証明書及び必要書類について速やかに審査を行い、助成の可否、助成金額について決定する。

2 市長は、助成を行うことを決定したときは、申請者に対し「大阪市不育症治療支援事業承認決定通知書」(様式第3号)(以下「交付決定通知書」という。)により通知する。

3 市長は、助成を行わないことを決定したときは、理由を付して、申請者に対し「大阪市不育症治療支援事業不承認決定通知書」(様式第4号)により通知する。

4 市長は、前条の申請が到達した日の翌日から起算して概ね30日以内に当該申請に係る助成金の交付決定又は助成金を交付しない旨の決定をするものとする。

(申請の取下げ)

第7条 交付決定通知書を受領した者は、当該通知の内容又は市規則第8条第1項の規定によりこれに付された条件に不服があり申請を取り下げようとするときは、「大阪市不育症治療支援事業助成金交付申請取下書(様式第5号)」により申請の取下げを行うことができる。

2 申請の取下げをすることができる期間は、交付決定通知書を受けた日の翌日から起算して10日とする。

(助成金の支給)

第8条 市長は、助成金の交付を決定したときは、決定した日の翌日から起算して概ね30日以内に申請書に記載された口座に助成金を直接振り込み、支給するものとする。

(決定の取消し)

第9条 市長は、助成金の交付の決定をした場合において、その後の事情変更により特別の必要が生じたときは、助成金の交付決定の全部又は一部を取り消すことができる。

2 前項及び市規則第17条第1項により助成金の交付決定の全部又は一部を取り消す場合においては、市長は、「大阪市不育症治療支援事業助成金交付決定取消書(様式第6号)」により申請者に通知するものとする。

3 「大阪市不育症治療支援事業助成金交付決定取消書(様式第6号)」により通知を受けた者は、速やかに交付決定を取り消された助成金を市長に返還しなければならない

い。

(事実関係の調査)

第10条 市長は、助成金の適正な執行を期するため、必要があると認めるときは、交付決定を受けた者及び実施医療機関に対して報告を求め、交付決定を受けた者及び実施医療機関の了承を得た上で、職員に関係書類その他物件を検査させ、事実関係を調査させることができる。

(関係書類の整備)

第11条 交付決定を受けた者は、助成金に係る経費の収支を明らかにした書類、帳簿等を常に整備し、第6条の通知を受けた日から5年間保存しなければならない。

(施行の細目)

第12条 この要綱の施行の細目については、こども青少年局長が定める。

附 則

この要綱は、令和3年7月1日から施行し、令和3年4月1日以降に実施した治療について適用する。

大阪市不育症治療支援事業申請書
(不育症検査費用助成事業申請書)

大阪市長様

年 月 日

関係書類を添えて次のとおり不育症治療費の助成を申請します。

なお、大阪市不育症治療支援事業の実施状況に関して実施医療機関に対して照会すること、及び申請にあたって本事業補助要綱を遵守することについて、同意します。

		(ふりがな) 氏 名		生年月日及び年齢				備 考	
氏申請 及び 住等 所の	申請者 氏 名	()		昭和 平成 年 月 日生 (歳)					
	申請者 住 所	〒		電話番号					
申請 金額	申請額		金						円
助成金については、下記の口座に振り込んでください。									
振 込 口 座 申 出 欄	*助成金の振込口座は申請者名義の口座に限ります。								
	金融 機関名	銀行 金庫 農協		支 店・ 出張所名					本 店 支 店 出張所
	預金 種別	普 通 ・ 当 座		(ふりがな) 口座名義人		()			
	口座番号								右づめで記入してください

- 注1) 太線の中をご記入下さい。
- 注2) 記入・申請の際は、必ず裏面の説明をお読みください。
- 注3) 訂正は「= (二重線)」で訂正し、訂正箇所に署名してください。
ただし、申請金額の訂正はできませんので、ご注意ください。

受付年月日・受付区保健福祉センター

(添付書類)

- 1. 大阪市不育症治療支援事業受診等証明書
- 2. 不育症検査結果個票
- 3. 大阪市に住所を有することを証明する書類
- 4. 実施医療機関が発行する領収書

治療の内容・結果および経過についてへ報告を行うことに関する説明書

- (1) 報告の目的
検査結果等を厚生労働省が収集し、当該検査の保険適用に向けた検討等に活用する可能性がありますことをご了承ください。
- (2) 報告の内容・方法
大阪市不育症治療支援事業検査結果個票により統計情報として、厚生労働省に報告されます。
報告には個人名及び病院名の記載はなく、内容は統計的に集計されるもので、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。

様式第2号

大阪市不育症治療支援事業受診等証明書
(不育症検査費用助成検査受検証明書)

次の者については、先進医療として告示された不育症検査を実施し、これにかかる医療費を次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 (主治医が記入してください)

当医療機関は、保険適用となっている不育症に関する治療・検査について、保険診療で実施しています。

(ふりがな) 受 検 者 氏 名	()	生年月日	年 月 日 (歳)
実施した検査			
検査実施日	年 月 日		
領収金額	(今回の治療にかかった金額合計 ※先進医療部分に限る) 検査費用 _____ 領収金額 _____ 円 _____		

不育症検査結果個票（流産検体を用いた染色体検査）

受検者氏名：

実施医療機関名：

※ 国への報告時は秘匿

※ 国への報告時は秘匿

領収金額： _____ 円

※医療機関が受検者から検査費用として領収した額

●流産絨毛染色体分析結果

所見なし（46, XX 46, XY）

所見あり（内容： _____）

分析不可（増殖不良などの理由で分析に至らなかった場合など）

●母親年齢（ ____ 歳） 父親年齢（ ____ 歳）

●既往妊娠回数

（妊娠 ____ 回（今回を含む）

生産 ____ 回、生化学的妊娠（化学流産） ____ 回、

流産（生化学的妊娠を含まない） ____ 回、異所性妊娠（子宮外妊娠） ____ 回

●不妊治療の有無（有・無・不明）、有りの場合不妊期間（ ____ 年 ____ ヶ月）

●抗リン脂質抗体症候群の有無（有・無・不明）

・今回の妊娠での治療

治療なし

低用量アスピリン療法

低用量アスピリン及びヘパリン療法

その他の治療（内容： _____）

●子宮形態異常（子宮奇形）の有無（有・無・不明）

・有の場合

子宮鏡下中隔切除術施行

その他の治療（内容： _____）

治療なし

●甲状腺機能異常の有無（有・無・不明）

・有の場合

治療あり（内容： _____）

治療なし

●血栓性素因の有無（有・無・不明）

・有りの場合

ProteinS欠乏症

ProteinC欠乏症

第XIII因子欠乏症

・今回の妊娠での治療について

治療なし

低用量アスピリン療法

低用量アスピリン及びヘパリン療法

その他の治療（内容： _____）

※本個票は、受検者氏名、実施医療機関名を秘匿とした上で、国に報告され、当該検査の保険適用に向けた検討等に活用される可能性があります。

【自治体記入欄】 都道府県等名： _____

報告No： _____

様式第3号

大阪市指令こ青第〇〇号
年 月 日

〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇区〇〇〇 〇-〇-〇

〇〇 〇〇 様

大阪市長

大阪市不育症治療支援事業承認決定通知書

年 月 日付で申請のあった不育症治療支援事業の助成について、承認することとし、下記金額を助成することを決定しましたので通知します。

金額 金 円

なお、助成金は、承認決定通知書到着後約30日で振り込む予定です。

承認決定にあたり、次の事項を遵守してください。

- ・大阪市不育症治療支援事業補助要綱の遵守
- ・本通知書を含めて関係書類の5年間の保管

様式第5号

年 月 日

大 阪 市 長

〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇区〇〇〇 〇-〇-〇

〇〇 〇〇

大阪市不育症治療支援事業助成金交付申請取下書

年 月 日付け大指令 第 号にて通知のあった不育症治療支援事業
助成金の交付決定について、大阪市不育症治療支援事業補助要綱第7条の規定に
より申請を取り下げます。

1 補助金交付決定通知書を受け取った日 年 月 日

2 取下げの理由

様式第6号

大阪市指令こ青第〇〇号
年 月 日

〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇区〇〇〇 〇-〇-〇

〇〇 〇〇様

大阪市長

大阪市不育症治療支援事業承認決定取消書

年 月 日付けにて承認決定しました大阪市不育症治療支援事業
の助成については、次のとおり取消しすることを決定しましたので通知します。

記

1 取消しの内容

2 取消しの理由

のため
