

しあわせ運ぶ妊活応援事業 申請書を提出されるみなさまへ

1 対象となる治療

保険適用の生殖補助医療

保険適用の不妊治療と併用して実施された国が認める先進医療

※ 助成を受けようとする生殖補助医療に関連するものを対象とし、先進医療のみの申請は対象となりません。

2 対象者

次のすべてに該当する方が対象です。

- ・申請日に、県内に住所を有している方
- ・医療機関において、生殖補助医療及び先進医療を受けた方
- ・当該交付申請に係る医療費に対して、他の助成を受けていない方

3 助成の内容

- ① 生殖補助医療に要する費用に対して、**1回の治療につき6万円を限度に助成**します。
 - ② 先進医療に要する費用に対して、**1回の治療につき20万円を限度に助成**します。
- ※ 当該助成金は、所得税法第73条第1項の括弧内に規定する「保険金、損害賠償金その他これらに類するもの」に該当するため、医療費控除の対象となる医療費の金額から差し引かれることとなります。詳細については、税務署等へお問い合わせください。

4 申請方法

・申請書等（「5 申請に必要な書類」を参照）を住所地の市（下関市のみ）又は住所地の市町を管轄する県健康福祉センターへ提出してください。

なお、郵送や電子メール（ただし、領収書及び医療費明細書については郵送等による提出が必要です。）による提出も可能です。

※ 郵送による提出の場合、領収書及び医療費明細書を返却しますので、切手を貼った返信用封筒を同封してください。

※ 電子メールによる提出の場合、領収書及び医療費明細書を切手を貼った返信用封筒と一緒に提出してください（郵送可）。

・申請書等は、治療が終了した日の属する月の翌月末日までに提出してください（消印有効）。

なお、提出期限内の提出が難しい場合は、必ず提出期限までに「10 お問い合わせ先」に連絡してください。

【提出期限一覧】

治療終了日	申請書等の提出期限	治療終了日	申請書等の提出期限
4月1日～7月31日 ※R6年度のみ	8月31日 ※R6年度のみ	2月1日～2月28日 (～2月29日)	3月31日
8月1日～8月31日	9月30日	3月1日～3月31日	4月30日
9月1日～9月30日	10月31日	4月1日～4月30日	5月31日
10月1日～10月31日	11月30日	5月1日～5月31日	6月30日
11月1日～11月30日	12月31日	6月1日～6月30日	7月31日
12月1日～12月31日	1月31日	7月1日～7月31日	8月31日
1月1日～1月31日	2月28日(29日)	8月1日～8月31日	9月30日

5 申請に必要な書類

- ① しあわせ運ぶ妊活応援事業申請書（別記第1号様式）
- ② 医療機関発行の領収書及び医療費明細書（原本）
※ 提出いただいた医療機関発行の領収書及び医療費明細書の原本は、受付印を押印し、コピーを取った後、お返しします。
- ③ 領収書を提出できない場合、医療機関記載「しあわせ運ぶ妊活応援事業（山口県生殖補助医療費及び先進医療費助成）受診等証明書（別記第2号様式）」及び医療費明細書
- ④ 住所を確認できる書類（3か月以内発行のもの）（例）住民票
※ 住民基本台帳で確認することに同意される場合は省略できます。ただし、申請後、県外転出の予定がある場合は必ず住民票を提出してください。
- ⑤ 申請者の振込口座の通帳の写し
※ 口座情報（金融機関名・支店名（支店番号）・口座番号・口座名義が記載されたページ）
※ 通帳がないインターネット銀行等の場合は、口座情報（金融機関名・支店名（支店番号）・口座番号・口座名義）が記載された画面等を印刷してください。

6 生殖補助医療治療区分と助成の範囲

治療の内容	採卵まで				採精（夫）	胚移植						
	（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	受精（顕微授精）・培養		新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植			
						胚移植	黄体期補充療法		（自然周期で行う場合もあり） 薬品投与	胚移植	黄体期補充療法	
平均所要日数	14日	10日	1日	1日	2～5日	1日	10日		7～10日	1日	10日	
A 新鮮胚移植を実施												
B 胚凍結まで実施												
C 以前に凍結して胚移植を実施												
D その他 （授精できない、採卵したが卵が得られない、体調不良等により治療中止等）												

7 生殖補助医療の治療期間外に行った先進医療について

「子宮内膜受容能検査（EAR）」や「子宮細菌叢検査（EMMA/ALICE）」など、生殖補助医療の治療期間外に実施された先進医療費については、後の生殖補助医療の助成申請及び生殖補助医療の治療期間内に実施された先進医療と一緒に申請してください。

8 県内医療機関一覧

県ホームページをご確認ください。

(<https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/soshiki/51/258942.html>)



9 提出先

		提出先		
		〒	所在地	メールアドレス
岩国市 和木町	岩国健康福祉センター	740-0016	岩国市三笠町一丁目 1-1	a13214@pref.yamaguchi.lg.jp
柳井市 周防大島町 上関町 田布施町 平生町	柳井健康福祉センター	742-0031	柳井市南町三丁目 9-3	a13216@pref.yamaguchi.lg.jp
周南市 下松市 光市	周南健康福祉センター	745-0004	周南市毛利町二丁目 38	a13217@pref.yamaguchi.lg.jp
山口市	山口健康福祉センター	753-8588	山口市吉敷下東三丁目 1-1	a13219@pref.yamaguchi.lg.jp
防府市	山口健康福祉センター 防府保健所	747-0801	防府市駅南町 13-40	houfushisho@pref.yamaguchi.lg.jp
宇部市 美祢市 山陽小野田市	宇部健康福祉センター	755-0033	宇部市琴芝町一丁目 1-50	a13220@pref.yamaguchi.lg.jp
長門市	長門健康福祉センター	759-4101	長門市東深川 1344-1	a13225@pref.yamaguchi.lg.jp
萩市 阿武町	萩健康福祉センター	758-0041	萩市江向河添沖田 531-1	a13226@pref.yamaguchi.lg.jp
下関市※	下関市健康推進課	750-0006	下関市南部町 1-1	a13300@pref.yamaguchi.lg.jp
	県子ども政策課	753-8501	山口市滝町 1-1	

※ 下関市にお住まいの方で郵送される場合は、県子ども政策課へご提出ください。

10 お問い合わせ先

健康福祉 センター等	管轄市町	所在地	電話	FAX
岩国	岩国市・和木町	岩国市三笠町一丁目 1-1	0827-29-1523	0827-29-1594
柳井	柳井市・周防大島町・上 関町・田布施町・平生町	柳井市南町三丁目 9-3	0820-22-3631	0820-22-7286
周南	周南市・下松市・光市	周南市毛利町二丁目 38	0834-33-6425	0834-33-6510
山口	山口市	山口市吉敷下東三丁目 1-1	083-934-2531	083-934-2527
防府	防府市	防府市駅南町 13-40	0835-22-3740	0835-22-0962
宇部	宇部市・美祢市・ 山陽小野田市	宇部市琴芝町一丁目 1-50	0836-31-3202	0836-34-4121
長門	長門市	長門市東深川 1344-1	0837-22-2811	0837-22-6363
萩	萩市・阿武町	萩市江向河添沖田 531-1	0838-25-2669	0838-26-0696
県こども政策課	下関市	山口市滝町 1-1	083-933-2947	083-933-2745

※ 下関市にお住まいの方は、県こども政策課へお問合せください。

しあわせ運ぶ妊活応援事業 Q & A

1 助成の対象となる治療費用の範囲は？

【回答】 保険適用の生殖補助医療の治療分で、採卵準備のための投薬や注射、採卵、胚移植の処置費などです。また、治療期間内の保険適用と併用した先進医療も助成の対象となります。

2 県外の医療機関で治療を受けたのですが、対象になりますか？

【回答】 県内の医療機関と同様に対象になります。

3 助成の対象は、子どものいない夫婦だけですか？

【回答】 子どもの数に関係なく、不妊治療を受けている方が対象となります。

4 ①治療の途中で、同一年度内に市町の区域を越えて住所が変わった場合、助成金の申請はどこにすればいいですか？

②単身赴任等で夫と妻の住所が異なる場合は、どちらで申請できますか？

【回答】 ①については、申請日において、住所を有する市（下関市のみ）又は住所地の市町を管轄する県健康福祉センターに申請してください。②については、山口県内に住所を有し、医療機関から医療費の請求を受けた方が申請してください。

①②ともに、下関市又は県健康福祉センターに重複して申請されることのないよう、注意してください。

5 「1回の治療」とは、どのように数えますか？

【回答】 「1回の治療」とは、胚移植術を受けた回数とし、保険診療に準じます。胚移植に至る前に治療が終了となった場合は、『1回』には含みませんが、治療区分Dで、申請できます。

6 男性不妊治療のみの申請は認められますか？

【回答】 保険適用の生殖補助医療の治療分であれば、助成の対象となります。

7 先進医療のみの申請は認められますか？

【回答】 認められません。生殖補助医療と先進医療を一緒に申請してください。

8 提出期限が短いのですが、受診等証明書の用意ができません。どうしたらよいですか？

【回答】 医療機関発行の領収書及び医療費明細書（原本）があれば、受診等証明書を用意いただく必要はありません。領収書及び医療費明細書の原本は申請手続き後、確認の押印をしたらうえでお返しします。領収書及び診療明細書の提出ができない場合のみ、受診等証明書の提出が必要となります。提出期限に間に合わない場合は、早急に住所地を管轄する下関市又は県健康福祉センターへご相談ください。

しあわせ運ぶ妊活応援事業申請書

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、山口県が本申請の審査に必要な範囲で、関係機関への情報の照会、提供及び治療内容等の照会をすることについて同意します。
 なお、今回の申請に係る治療は、他の助成を受けたものではありません。

申請者 (受診者)	フリガナ 氏名		生年月日					
	ヤマグチマルマル 山口〇〇		西暦 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日(〇〇歳)					
住所 ※1	〒	〇〇〇	-	〇〇〇〇	電話		〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
	〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 町	〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号					
治療方法 ※2	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D (該当するものに☑を付けてください)		AまたはBの場合 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input checked="" type="checkbox"/> split法 (該当するものに☑を付けてください)					
	男性不妊治療(精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術)をおこなった場合 手術療法:						精子回収の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
治療期間 ※3	西暦			西暦				
	〇〇〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	
申請額 ※4	医療名		受療日	支払額 (A)		助成上限額 (B)	申請額 (AとBの低い額)	
	生殖補助医療		/	73,000 円		60,000 円	60,000 円	
	先進医療			175,000 円		200,000 円	175,000 円	
	子宮内膜刺激術(SEET法)							
	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養		〇月〇日	25,000 円				
	子宮内膜受容能検査(EAR)		〇月〇日	150,000 円				
	子宮細菌叢検査(EMMA/ALICE)							
内膜構造を用いた生理学的精子選択術(Zymot)								
西暦						計	235,000 円	
〇〇〇〇年〇〇月〇〇日		山口県知事様						
振込先 ※5	金融機関名	〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協	〇〇		<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店(支所) <input type="checkbox"/> 出張所	預金種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
	フリガナ	ヤマグチマルマル		〇座番号 (右詰記入)		〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		
	口座名義人	山口〇〇						
住民票の省略	<input checked="" type="checkbox"/> 私(申請者)の住所等を住民基本台帳ネットワークシステムで確認することに同意しますので、住民票の添付を省略します。							
申請受理年月日	年 月 日			承認・不承認 決定年月日	年 月 日			<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認
受給者番号								

※1 申請者の住所を記入してください。電話番号は、日中連絡が取れる番号を記載してください。

※2 治療方法は裏面を確認し、記載してください。

※3 治療開始日から治療周期の最終受診日までを記載してください。

※4 先進医療の受療日は、今回申請する先進医療分を記載してください。

※5 振込先は、申請者が口座名義人となっている口座を記入してください。

添付書類

- 医療機関発行の領収書及び医療費明細書
- (領収書を提出できない場合) 医療機関記載の受診等証明書及び医療費明細書
 <領収書を提出できない理由>
 - 高額療養費限度額認定証の上限額に達したことにより、窓口での支払いがなかったため。
 - その他 (_____)
- 申請日に山口県内に住所を有していることが確認できる書類、又は「住民票の省略」に☑。
- 通帳の写し(金融機関名・支店名(支店番号)・口座番号・口座名義が記載されたページ。通帳がないインターネット銀行等の場合は、口座情報が記載された画面等を印刷してください。)

※2 治療は次のいずれかに相当するものです。

治療の内容	採卵まで					胚移植					
	(自然周期で薬品投与(点鼻薬)を行う場合もあり)	(自然周期で薬品投与(注射)を行う場合もあり)	採卵	採精(夫)	(前培養・媒精(受精(顕微授精)・培養)	新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植		
						胚移植	黄体期補充療法		(自然周期で薬品投与を行う場合もあり)	胚移植	黄体期補充療法
平均所要日数	14日	10日	1日	1日	2~5日	1日	10日		7~10日	1日	10日
A 新鮮胚移植を実施											
B 胚凍結まで実施											
C 以前に凍結して胚移植を実施											
D その他 (授精できない、採卵したが卵が得られない、体調不良等により治療中止等)											