

令和2年度 福井市特定不妊治療費助成事業の ご案内

申請に関する相談 および 申請窓口

福井市保健所 保健支援室

〒918-8004 福井市西木田2丁目8-8

TEL: 0776-33-5185

特 定 不 妊 治 療

◆ 制度の概要

- この制度は、国の定めに基づき、都道府県、指定都市、中核市が実施主体として運営しており、特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）に要する医療保険が適用されない医療費の一部を助成するものです。
- 申請には期限がありますので、ご注意ください。

◆ 助成対象者

※ 以下の要件を全て満たす方です。

1	体外受精、顕微授精以外の治療法では妊娠の見込がないか、又は極めて少ないと医師に判断された方
2	治療開始時から法律上の婚姻をしている夫婦であって、申請時において、夫もしくは妻のどちらか、又は両方の住民登録が福井市にある方 ※申請時点で離婚している場合は、助成対象になりません。
3	指定医療機関で体外受精又は顕微授精の治療を受けた方
4	治療開始時（※1）において、妻の年齢が42歳以下の方
5	前年（1月から5月までの申請日については、前々年）の夫婦合算の所得額が、730万円未満の方 ※2

※1 治療開始時とは、申請するそれぞれの治療期間の開始日をさします。

※2 児童手当法施行令第2条及び第3条を準用して算定された額。6ページを参照ください。

◆ 助成回数

治療内容	通算1回目の治療開始日における妻の年齢	国の助成	県の助成	市の追加助成
A B C D E F	39歳以下	通算6回まで ※3	国の助成終了後 年度内3回まで ※4、5	年度内3回まで
	40～42歳	通算3回まで ※3		
G H	42歳以下	—	A～Fの治療とは別に、 年度内3回まで	—

※3 通算回数とは、これまで都道府県、指定都市、中核市から助成を受けた回数の合計（治療内容G、Hへの助成は、通算回数に含みません。）

制度変更に伴う通算回数のリセットはありません。

また、平成25年度以前から助成を受けている夫婦で、平成27年度までに通算5年度間の助成を受けた場合は、平成28年度以降の助成は受けられません。

※4 通算1回目の治療開始日における妻の年齢が39歳以下の申請者は、単年度において、通算6回（国助成分）に加え、3回（県助成分）の申請が可能です。

※5 通算1回目の治療開始日における妻の年齢が40歳～42歳の申請者は、単年度において、通算3回（国助成分）に加え、3回（県助成分）の申請が可能です。

◆ 助成上限額 ※6

【治療内容A・B・D・Eのとき】

通算1回目の 妻の年齢	通算回数			
	1回目	2～3回目	4～6回目	7回目以降
39歳以下	35万円	25万円		20万円
	国30万円+市5万円	国15万円+市10万円		県10万円+市10万円
40～42歳	35万円	25万円	20万円	
	国30万円+市5万円	国15万円+市10万円	県10万円+市10万円	

【治療内容C・Fのとき】

42歳以下	10万円
	国7.5万円又は県7.5万円+市2.5万円

【治療内容G・Hのとき】

42歳以下	7万5千円
	県7.5万円

※6 複数回の治療を受けた場合は、治療終了日の早い順に承認されますので、先に申請した治療よりも前に終了していた治療については、申請できません。

また、助成の決定後は、申請内容を変更できません。

◆ 指定医療機関

○助成を受けることができる医療機関は、福井市から特定不妊治療実施医療機関として指定された医療機関です。

○県外の医療機関については、その所在地を管轄する都道府県もしくは政令指定都市、中核市が指定していれば、指定医療機関としてみなします。

指定医療機関名	所在地	電話番号
西ウィミズクリニック	福井市木田2-2102	0776-33-3663
本多レディースクリニック	福井市宝永4-2-18	0776-24-6800
福井大学医学部附属病院	吉田郡永平寺町松岡下合月23-3	0776-61-3111

男性不妊治療

◆ 制度の概要

- この制度は、特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）に至る過程の一環として行われる、精巣内精子生検採取法（TESE）、精巣上体内精子吸引採取法（MESA）、経皮的精巣上体内精子吸引採取法（PESA）又は精巣内精子吸引採取法（TESA）の費用の一部を助成するものです。
- 医療保険が適用されない医療費に限ります。

◆ 助成対象者

- 1 1ページの助成対象者の1、2、4、5を満たす方
- 2 2ページの福井市の指定医療機関（他の都道府県、指定都市、中核市の特定不妊治療費助成事業の指定医療機関を含む。）又は同医療機関から紹介等をされた医療機関において手術を受けた方

◆ 助成回数

特定不妊治療における妻の助成上限回数の範囲内で申請できます。

◆ 助成上限額

【治療内容A・B・D・E・Fのとき】

※ 治療内容Cを除きます。

通算1回目の 妻の年齢	通算回数			
	1回目	2～3回目	4～6回目	7回目以降
39歳以下	30万円	15万円		15万円
	国30万円	国15万円		県5万円+市10万円
40～42歳	30万円	15万円	15万円	
	国30万円	国15万円	県5万円+市10万円	

【治療内容G・Hのとき】

42歳以下	5万円
	県5万円

◆ 助成対象となる「1回の治療」の考え方

治療内容	採卵まで			採精 (夫)	受精 (前培養・媒精 (顕微授精)・培養)	胚移植						妊娠の確認 (胚移植のおおむね2週間後)	助成対象範囲
	(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 (日)	14	10	1	1	2~5	1	10		7~10	1	10	1	
A	新鮮胚移植を実施												国 助 成
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、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等により中止												
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	卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止												県 助 成
H	採卵準備中、体調不良等により治療中止												

※B：採卵・受精後、1～3周期程度の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの当初からの治療方針に基づく治療を行った場合。

※採卵準備前に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を中止した場合も助成の対象となります。

◆ 申請に必要な書類（特定不妊治療及び男性不妊治療 共通）

1 添付書類（必須）

1	特定不妊治療費助成事業申請書兼請求書（様式第1号） ※記入は油性ボールペンをご使用ください。消えるタイプや鉛筆は不可。 ※「1回の治療」につき1枚の申請書が必要です。	申請者全員
2	特定不妊治療受診等証明書（兼実績報告書）（様式第2号） ※受診した指定医療機関で作成を依頼してください。	
3	精巣内精子採取術受診等証明書（様式第3号） ※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（指定を受けていない医療機関である場合も含む）で精巣内精子採取術を行った場合は、主治医に支払った領収書を提出し領収金額を記載してもらうよう依頼してください。 ※採卵準備前に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を中止した場合も助成の対象となります。	男性不妊治療を行った方
4	医療機関発行の領収書（原本） ※申請後原本はお返します。	申請者全員
5	申請者の印鑑（認印） ※シャチハタ不可	
6	申請者名義の預金通帳	

2 上記に加えて必要な添付書類（必要な方のみ）

初めて特定不妊治療費助成の申請をされる方 ※2回目以降は不要です。	戸籍謄本 ※婚姻関係、婚姻日等を確認するための書類です。 ※申請日から3か月以内のものが有効です。
夫婦共に市内に居住しているが、住所が異なる方	戸籍謄本 ※上記に同じ
夫婦の兄弟姉妹が同居している方	
単身赴任等で、夫婦の一方が福井市以外に住所を有する方	住民票（市外に住所を有する方の分） ※住所地等を確認するための書類です。 ※続柄記載のもの。マイナンバーは不要。 ※申請日から3か月以内のものが有効です。
	所得課税証明書 ※申請者及び配偶者の所得額を確認するための書類です。 ※申請日が1～5月の場合は前々年の所得が、6～12月の場合は前年の所得が基準です。 ※4、5月に申請した方でも、6月以降に新たに申請する場合は、改めて前年の所得額がわかる所得課税証明書が必要です。 ※同一年度内2回目以降の申請時に、1回目に提出した証明書と同じ年度の内容である場合、添付を省略できます。
1月1日現在で、福井市に住所地がない方	所得課税証明書 ※上記に同じ
戸籍謄本で婚姻関係が確認できない外国籍の夫婦である方 ※2回目以降は不要です。	婚姻届出書の受理証明書又は記載事項証明書

◆ 所得額の計算方法

所得及び控除額の種類		夫	妻
I	所得金額の合計		
①	児童手当法施行令第3条第1項の控除額	80,000	80,000
②	雑損控除額		
③	医療費控除額		
④	小規模企業共済等掛金控除額		
⑤	障害者控除額（普通）【該当者×270,000円】		
⑥	障害者控除額（特別）【該当者×400,000円】		
⑦	寡婦（夫）控除額（普通）（該当すれば270,000円）		
⑧	寡婦控除額（特別）（該当すれば350,000円）		
⑨	勤労学生控除額（該当すれば270,000円）		
II	控除額合計 (①+②+③+④+⑤+⑥+⑦+⑧+⑨)		
III	児童手当法施行令による所得額（I - II）	(ア)	(イ)
	夫婦の合計所得額（730万円未満）	(ア)+(イ)	

※表中の「I 所得金額の合計」について、年末調整後の源泉徴収票では「給与所得控除後の金額」を、所得課税証明書では「合計所得金額の合計」を、ご覧ください。

◆ 申請期限

1回の治療が終了した日の属する年度の末日（令和3年3月31日）まで

○年度とは、当年4月1日から翌年3月31日までを指します。

○受診等証明書の証明には時間がかかりますので、医療機関へ余裕をもってご依頼ください。

◆ 助成金の支給

○助成額が確定したら、確定通知書を送付します（目安は、申請日から約2か月後）。

○助成金は、申請書記載の口座に振り込みます（目安は、確定通知書送付から約1か月後）。

◆ その他

○申請手続きをされても、必ずしも助成が受けられるとは限りませんのでご理解願います。

○提出いただいた書類は返却できません。

○コピー等が必要な場合は、あらかじめ申請者にてコピーをお取りください。当室での複写サービスは行っておりません。

○助成金額確定通知書及び振込通知書は、申請書記載の住所地に送付します。申請後に転居等があった場合は、郵便局に転送届を提出してください。

○不正な手段をもって助成を受けた場合には、助成金を返還していただきます。