

令和6年4月1日

一般社団法人広島県医師会会長 様
広島県産婦人科医会会長 様
広島泌尿器科医会会長 様
公益社団法人日本産科婦人科学会広島地方会会長 様
一般社団法人日本泌尿器科学会広島地方会会長 様
一般社団法人広島県病院協会会長 様

広島県健康福祉局子供未来応援課長
(〒730-8511 広島市中区基町 10-52)

広島県特定不妊治療支援事業実施要綱の改正について（通知）

本県の母子保健行政の推進については、日頃から御協力をいただき、厚く御礼申し上げます。さて、本県では、令和4年4月から不妊治療が保険適用になったことに伴い、保険適用外の先進医療等の費用の一部を助成する、「広島県特定不妊治療支援事業」を開始し、令和5年4月からは先進医療等の活用によって治療費の全額が自己負担となった方を対象とする新たなメニューを追加しました。

この度、別紙のとおり広島県特定不妊治療支援事業実施要綱を改正し、令和6年4月1日より適用しますので、会員への周知について、ご協力くださいますよう、お願いいたします。

なお、広島県内の特定不妊治療実施医療機関へは、別紙写しのとおり通知しています。

担当：プラン推進グループ

TEL：(082) 513-3171

(担当 吉村)





令和6年4月1日

生殖補助医療実施医療機関の長 様

広島県健康福祉局子供未来応援課長
(〒730-8511 広島市中区基町 10-52)

広島県特定不妊治療支援事業実施要綱の改正について（通知）

本県の母子保健行政の推進については、日頃から御協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、本県では、令和4年4月から不妊治療が保険適用になったことに伴い、保険適用外の先進医療等の費用の一部を助成する、「広島県特定不妊治療支援事業」を開始し、令和5年4月からは先進医療等の活用によって治療費の全額が自己負担となった方を対象とする新たなメニューを追加しました。

この度、別紙のとおり広島県特定不妊治療支援事業実施要綱を改正し、令和6年4月1日より適用しますので、本制度の実施及び申請を希望される方への周知について、ご協力くださいますよう、お願いいたします。

担当：プラン推進グループ

TEL：(082) 513-3171

(担当 吉村)

広島県特定不妊治療支援事業実施要綱

(目的)

第1条 不妊治療のうち、体外受精及び顕微授精（以下「特定不妊治療」という。）並びに特定不妊治療を行うに当たり精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術（以下「男性不妊治療」という。）に要する費用及び、特定不妊治療又は男性不妊治療に併せて行われる先進医療に要する費用の一部を助成することにより、特定不妊治療及び男性不妊治療を受ける者の自己負担額を軽減し、もって、治療の選択肢が減らないよう支援することを目的とする。

(実施主体)

第2条 本事業の実施主体は、広島県（以下「県」という。）とする。

(定義)

第3条 この要綱において、「特定不妊治療等」とは、特定不妊治療及び男性不妊治療をいう。

2 この要綱において、「先進医療」とは、厚生労働大臣が先進医療として告示した特定不妊治療等をいう。

3 この要綱において、「審議中の技術」とは、先進医療会議において審議が行われている特定不妊治療等をいう。

4 この要綱において、「1回の治療」とは、採卵準備のための「薬品投与」の開始等から、「妊娠の確認」等に至るまでの特定不妊治療等の実施の一連の過程（別表1のA～Fの治療）をいう。また、別表1のCの治療である場合については、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回の治療とみなす。

なお、特定不妊治療について、医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中止した場合も1回の治療とみなすこととする。

5 この要綱において、「治療期間の初日」とは、採卵準備のための「薬品投与」の開始等の日をいう。

(対象者)

第4条 対象者は、次のいずれにも該当する者とする。

(1) 申請時点において、いずれか一方が県内に住所を有する夫婦（原則、法律婚を対象とするが、生まれてくる子の福祉に配慮しながら、事実婚関係にある者も対象とする。）

(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か又は極めて少ないと医師に診断された者であって、生殖補助医療の保険診療を行う保険医療機関において、保険収載されている特定不妊治療等を受けた夫婦

(3) 治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満である夫婦

(対象となる治療等)

第5条 助成の対象となる治療及び検査は、次に掲げる(1)又は(2)のいずれかに該当するものとする。

(1) 保険診療で実施される特定不妊治療等と併せて行われる先進医療。ただし、治療期間の初日において先進医療であること。

(2) 生殖補助医療の保険診療を行う保険医療機関において、令和4年4月1日以降に開

始した特定不妊治療等のうち、先進医療又は審議中の技術（当該技術と同等の技術を含む。以下「先進医療等」という。）を併用することにより、本来保険適用となる特定不妊治療等も含め、全額自費診療となった治療。

2 次の各号に該当する場合は本事業の助成対象としない

ア 夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供による不妊治療

イ 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・出産するもの

ウ 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又は顕微授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・出産するもの

エ 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（別表1のG及びHの治療）

（助成の額及び回数）

第6条 助成する額は、次の表の左欄に掲げる区分に応じて、それぞれ右欄に掲げる額とする。ただし、それぞれの額に1,000円未満の端数が生じる場合はこれを切り捨てるものとする。

区分	助成金額
<p>(1) 保険診療で実施される特定不妊治療等と併せて行われた先進医療。ただし、治療期間の初日において、先進医療であること。</p>	<p>次の各号に掲げる額の合計額とし、それぞれの額の上限は5万円とする。</p> <p>ア 特定不妊治療に併せて行われた先進医療 1回の治療につき助成対象者が負担した自己負担額に2分の1を乗じた額。</p> <p>イ 男性不妊治療に併せて行われた先進医療 1回の治療につき助成対象者が負担した自己負担額に2分の1を乗じた額。</p>
<p>(2) 生殖補助医療の保険診療を行う保険医療機関において、令和4年4月1日以降に開始した特定不妊治療等のうち、先進医療等を併用することにより、本来保険適用となる特定不妊治療等も含め、全額自費診療となった治療。</p>	<p>次の各号に掲げる額の合計額とし、それぞれの額は(ア)又は(イ)のいずれか低い額とする。</p> <p>ア 特定不妊治療に要した費用 (ア) 1回の治療につき30万円（ただし、別表1のC又はFの治療については10万円） (イ) 1回の治療につき助成対象者が負担し自己負担額に10分の7を乗じた額。</p> <p>イ 男性不妊治療に要した費用 (ア) 1回の治療につき30万円 (イ) 1回の治療につき助成対象者が負担した自己負担額に10分の7を乗じた額。</p>

- 2 助成する回数は、初めて本事業の助成を受けた際の治療期間の初日における妻の年齢が40歳未満であるときは前項に掲げる(1)及び(2)の助成回数を合わせて6回(40歳以上であるときは3回)までとする。

ただし、助成を受けた後、出産し、又は妊娠12週以降に死産に至った場合は、それまでを受けた助成回数をリセットすることができる。この場合は、原則、住民票と戸籍謄本又は死産届の写し等によりその事実を確認する。

(助成の申請)

第7条 助成を受けようとする者は、原則として、夫又は妻のいずれか一方が、治療が終了した日の翌日から起算して2か月以内に申請するものとする。

ただし、やむを得ない理由により期限内の申請が困難であると認められる場合は、治療が終了した日の属する年度内であれば申請をすることができる。

- 2 申請には、様式第1号による広島県特定不妊治療支援事業申請書(以下「申請書」という。)に次の各号に掲げる書類を添付するものとする。

なお、様式第1号による申請書において、対象者の住所等を住民基本台帳で確認することに同意する場合は、(3)の提出を省略できることとする。

また、1子につき2回目以降の申請では、(2)の提出を省略できることとする。ただし、事実婚関係にある者を除く。

- (1) 広島県特定不妊治療支援事業申請に係る証明書(様式第2号)
 - (2) 婚姻関係にあることを証明できる書類
 - (3) 住所を確認できる書類(発行日から3か月以内の住民票)
 - (4) 医療機関が発行する領収書の写し
 - (5) その他知事が必要と認める書類
- 3 前項の申請書の提出先は、申請者の住所地ごとに別表2に定めるとおりとする。
- 4 保健所長は、申請書を受け付けたときは、その内容等を確認し、速やかに知事へ進達する。
- 5 申請等事務手続に当たっては、助成を受けようとする者の心理及びプライバシーに十分配慮するものとする。

(助成の決定)

第8条 知事は、申請書を受け付けたときは、速やかに審査を行い、広島県特定不妊治療費の助成の可否を決定する。

- 2 知事は、前項の規定により助成することの決定をしたときは、様式第3号又は4号による広島県特定不妊治療支援事業承認決定通知書を当該申請者に通知する。
- 3 知事は、第1項の規定により助成しないことを決定したときは、様式第5号による広島県特定不妊治療支援事業不承認決定通知書にその旨及び理由を明示し、当該申請者に通知する。
- 4 助成対象年度は、申請書を受け付けた日を基準とする。

(婚姻関係の確認手法等)

第9条 法律婚の場合、戸籍謄本又は全部事項証明書により確認するものとする。

- 2 事実婚の場合、次の各号に掲げる書類により確認するものとする。
 - (1) 夫婦両人の戸籍謄本又は全部事項証明書(重婚でないことの確認)
 - (2) 夫婦両人の住民票(同一世帯であるかの確認)
 - (3) 夫婦両人の事実婚関係に関する申立書(様式第6号)

(助成費の返還)

第 10 条 知事は、虚偽その他の不正手段により助成を受けた者に対して、助成した額の全部又は一部の返還を命ずることができる。

(台帳の整理保管)

第 11 条 特定不妊治療費等の助成の状況を明確にしておくため、知事は、広島県特定不妊治療支援事業管理システムに特定不妊治療費等の申請の状況及び助成状況等を登録し、適正に管理する。

(その他)

第 12 条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に知事が定めるところによる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和 4 年 3 月 30 日から施行し、令和 4 年 4 月 1 日から適用する。
(年齢制限・回数制限の特例措置)
- 2 第 4 条第 3 号及び第 6 条第 2 項の規定にかかわらず、令和 4 年 4 月 1 日から同年 9 月 29 日までの間に妻の年齢が 43 歳に達する場合（令和 4 年 4 月 1 日に 43 歳に達する場合とは、同年 4 月 2 日が 43 歳の誕生日である場合をいい、同年 9 月 29 日に 43 歳に達する場合とは、同年 9 月 30 日が 43 歳の誕生日である場合をいう）については、治療期間の初日が 43 歳に達した日の翌日（43 歳の誕生日）以後であっても、同年 9 月 30 日までであれば、1 回に限り、助成の対象とする。
- 3 第 6 条第 2 項の規定にかかわらず、令和 4 年 4 月 1 日から同年 9 月 29 日までの間に妻の年齢が 40 歳に達する場合（令和 4 年 4 月 1 日に 40 歳に達する場合とは、同年 4 月 2 日が 40 歳の誕生日である場合をいい、同年 9 月 29 日に 40 歳に達する場合とは、同年 9 月 30 日が 40 歳の誕生日である場合をいう）については、初めて助成を受けた際の治療期間の初日が 40 歳に達した日の翌日（40 歳の誕生日）以後であっても、同年 9 月 30 日までであれば、助成回数は通算 6 回までとする。

附 則

この要綱は、令和 4 年 6 月 30 日から施行し、令和 4 年 7 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は、令和 5 年 3 月 17 日から施行し、令和 5 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は、令和 6 年 3 月 29 日から施行し、令和 6 年 4 月 1 日から適用する。

別表1 体外受精・顕微授精の治療ステージと助成対象範囲

治療内容	採卵まで				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	採精(夫)		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	1日	
A	新鮮胚移植を実施												助成対象
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	卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止												対象外
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。

別表 2

申請者の住所地	提出先
広島市、呉市及び福山市	広島県健康福祉局子供未来応援課
大竹市及び廿日市市	広島県西部保健所
安芸高田市、府中町、海田町、熊野町、坂町、安芸太田町及び北広島町	広島県西部保健所広島支所
江田島市	広島県西部保健所呉支所
竹原市、東広島市及び大崎上島町	広島県西部東保健所
三原市、尾道市及び世羅町	広島県東部保健所
府中市及び神石高原町	広島県東部保健所福山支所
三次市及び庄原市	広島県北部保健所

※上記の他、健康福祉局子供未来応援課においても受け付ける。

広島県特定不妊治療支援事業申請書

令和 年 月 日

広島県知事様

申請者氏名

関係書類を添えて、次のとおり広島県特定不妊治療費の助成を申請します。
 なお、助成決定後は、当該助成金を次の口座に振り込んでください。

助成対象者	(ふりがな) 氏名	生年月日	
	夫 ()	昭和 平成	年 月 日 (歳)
妻 ()	昭和 平成	年 月 日 (歳)	
住所 (申請者)	〒 電話 ()		
住所※1 (申請者と別世帯の場合のみ記入)	〒 電話 ()		
助成申請額	特定不妊治療に係る医療機関の証明書の金額×1/2 領収金額 _____ 円×1/2 = _____ 円 ➡ (申請額A) _____ 円 ※千円未満切り捨て ※5万円を超える場合は、5万円と記入		合計申請額 = (A+B) _____ 円
	男性不妊治療に係る医療機関の証明書の金額×1/2 領収金額 _____ 円×1/2 = _____ 円 ➡ (申請額B) _____ 円 ※千円未満切り捨て ※5万円を超える場合は、5万円と記入		
過去の助成歴 ※2	1 広島県が令和4年度から実施しているこの事業の助成を過去に受けたことがありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 2 この助成を初めて受けた(受ける)際の治療開始時の妻の年齢 () 歳		
助成回数を リセットする 場合	【出産等により回数のリセットされる場合は記入してください】※死産の場合、生年月日・氏名不要 ・出生した子の氏名 () 生年月日 (年 月 日) ・回数のリセット後初めて受けた治療開始時の妻の年齢 () 歳		
振込先 ※3	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協	店 所
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) () 口座名義人
	口座番号	(右詰記入)	
住民票の省略 (※4)	<input type="checkbox"/> 私(申請者)及び配偶者の住所等を住民基本台帳で確認することに同意し、住民票の添付を省略します。(該当の場合は☑)		
県記入欄	過去の助成歴	特定不妊治療助成回数 先進 () 回 自費 () 回	男性不妊治療助成回数 先進 () 回 自費 () 回
	今回の申請回数	通算 () 回 (第 ____ 子 ____ 回目) <input type="checkbox"/> 台帳照合済み	

注) 太枠の中をご記入ください。なお、記載された個人情報は県が広島県特定不妊治療支援事業の助成及び助成状況の管理に使用し、本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

※1: 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

※2: 過去の助成回数を照会した結果、助成の上限を超えている場合には受理できませんので予めご了承ください。

※3: 申請者が口座名義人となっている口座を記入し、振込先口座の通帳の写し等(口座番号・支店・コード等が記入されているページ)を添付してください。

※4: 事実婚の方、別世帯で県外居住の方は、省略できません。

広島県特定不妊治療支援事業申請書

令和 年 月 日

広島県知事様

申請者氏名

関係書類を添えて、次のとおり広島県特定不妊治療費の助成を申請します。
 なお、助成決定後は、当該助成金を次の口座に振り込んでください。

助成対象者		(ふりがな) 氏名	生年月日
	夫	()	昭和 年 月 日 (歳)
妻	()	昭和 年 月 日 (歳)	
住所 (申請者)	〒 () 電話 ()		
住所※1 (申請者と別世帯の場合のみ記入)	〒 () 電話 ()		
助成申請額	特定不妊治療費	様式第2号に記載の領収金額の7割の額(A)を算出します。 領収金額 円 × 0.7 = 円(A) ※千円未満切捨て 上限300,000円(ステージC,Fは100,000円)と、算出した7割の額(A)を比較して少ない額を記入	合計申請額 (ア+イ) 円
	男性不妊治療費	様式第2号に記載の領収金額の7割の額(B)を算出します。 領収金額 円 × 0.7 = 円(B) ※千円未満切捨て 上限300,000円と、算出した7割の額(B)を比較して少ない額を記入	
過去の助成歴※2	1 広島県が令和4年度から実施しているこの事業の助成を過去に受けたことがありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 2 この助成を初めて受けた(受ける)際の治療開始時の妻の年齢 () 歳		
助成回数をリセットする場合	【出産等により回数がりセットされる場合は記入してください】※死産の場合、生年月日・氏名不要 ・ 出生した子の氏名 () 生年月日 (年 月 日) ・ 回数のリセット後初めて受けた治療開始時の妻の年齢 () 歳		
振込先※3	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協	店 所
	預金種別	普通当座	(ふりがな) () 口座名義人
	口座番号	(右詰記入)	
住民票の省略※4	<input type="checkbox"/> 私(申請者)及び配偶者の住所等を住民基本台帳で確認することに同意し、住民票の添付を省略します。(該当の場合は <input checked="" type="checkbox"/>)		
県記入欄	過去の助成歴	特定不妊治療助成回数 先進 () 回 自費 () 回	男性不妊治療助成回数 先進 () 回 自費 () 回
	今回の申請回数	通算 () 回 (第 子 回目) <input type="checkbox"/> 台帳照合済み	

注) 太枠の中をご記入ください。なお、記載された個人情報は県が広島県特定不妊治療支援事業の助成及び助成状況の管理に使用し、本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

※1: 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

※2: 過去の助成回数を照会した結果、助成の上限を超えている場合には受理できませんので予めご了承ください。

※3: 申請者が口座名義人となっている口座を記入し、振込先口座の通帳の写し等(口座番号・支店・コード等が記入されているページ)を添付してください。

※4: 事実婚の方、別世帯で県外居住の方は、省略できません。

広島県特定不妊治療支援事業申請に係る証明書

次の者については、特定不妊治療（体外受精、顕微授精）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、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の住所
名称

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	昭和 平成	年 月 日 (歳)
今回の 治療内容	該当する記号（1又は2）に○をつけてください。 1 保険適用と保険適用外の先進医療を併用 2 保険適用外の医療のみを実施 今回の治療内容が2の場合、該当する治療ステージ記号（※1参照）に○を付けてください。 A・B・C・D・E・F・M			
領収年月日 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 助成対象となる医療費の総額（文書料含む） 特定不妊治療費（男性不妊治療費を除く） 領収金額 _____ 円 男性不妊治療費 ※2（医療機関名 _____ ）が領収 領収金額 _____ 円				
[治療内容1に該当・・・先進医療に要した費用+文書料 の合計領収金額を記入してください。 治療内容2に該当・・・今回の治療に要した費用の総額+文書料 の合計領収金額を記入してください。]				
実施した医療技術 該当する□に☑を記載してください。その他の場合は（ ）内に医療名を記載してください。				
□子宮内膜刺激術（SEET法）		□着床前胚異数性検査（PGT-A）		
□タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養		□子宮内フローラ検査		
□ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）		□不妊症患者に対するタクロリムス投与療法		
□子宮内膜擦過術		□子宮内膜胚受容期検査（ERPeak）		
□子宮内細菌叢検査（EMMA, ALICE）		□膜構造を用いた生理学的精子選択術		
□子宮内膜受容能検査（ERA）		□（ ）		
□強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（IMSI）		□（ ）		
□二段階胚移植法		□（ ）		
その他特記事項 ○今回の治療期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 今回の治療に男性不妊治療が含まれる場合で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特定不妊治療終了日までを「今回の治療期間」に記載してください。				
主治医氏名				印
(主治医が自署若しくは記名押印)				

令和 年 月 日

様

広島県知事 印

広島県特定不妊治療支援事業承認決定通知書

令和 年 月 日付けで申請の特定不妊治療費等の助成について、承認することとし、次の金額を助成することと決定しましたので通知します。

なお、この通知内容について不明な事項があるときは、決定通知日の翌日から起算して30日以内に広島県健康福祉局子供未来応援課まで連絡してください。

助成することとした額 金 円

(今回の決定：第 _____ 子 _____ 回目)

令和 年 月 日

様

広島県知事 印

広島県特定不妊治療支援事業承認決定通知書

令和 年 月 日付けで申請の特定不妊治療費等の助成について、承認することとし、次の金額を助成することと決定しましたので通知します。この決定は、令和 年 月 日付けで助成決定した、あなたの第 子 回目の申請に係る追加決定です。

なお、この通知内容について不明な事項があるときは、決定通知日の翌日から起算して30日以内に広島県健康福祉局子供未来応援課まで連絡してください。

助成することとした額 金 円

(今回の決定：第 _____ 子 _____ 回目 の追加決定)

様式第5号

令和 年 月 日

様

広島県知事 印

広島県特定不妊治療支援事業不承認決定通知書

令和 年 月 日付けで申請の特定不妊治療費等の助成については、次の理由により不承認と決定しましたので通知します。

なお、この通知内容について不明な事項があるときは、決定通知日の翌日から起算して30日以内に広島県健康福祉局子供未来応援課まで連絡してください。

理由

令和 年 月 日

広島県知事様

申請者名

次の2名については、事実婚関係にあります。
また、治療により出生した子について認知を行う意向があります。

① 夫の氏名、住所

氏名 _____

住所 _____

② 妻の氏名、住所

氏名 _____

住所 _____

※①と②が別世帯となっている場合は理由を記入してください。

新旧対照表

改正後（新）	改正前（旧）
<p>広島県特定不妊治療支援事業実施要綱</p>	<p>広島県特定不妊治療支援事業実施要綱</p>
<p>第1条 不妊治療のうち、体外受精及び顕微授精（以下「特定不妊治療」という。）並びに特定不妊治療を行うに当たり精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術（以下「男性不妊治療」という。）に要する費用及び特定不妊治療又は男性不妊治療に併せて行われる先進医療に要する費用の一部を助成することにより、特定不妊治療及び男性不妊治療を受ける者の自己負担額を軽減し、もって、治療の選択肢が減らないよう支援することを目的とする</p>	<p>第1条 不妊治療のうち、体外受精及び顕微授精（以下「特定不妊治療」という。）並びに特定不妊治療を行うに当たり精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術（以下「男性不妊治療」という。）に要する費用及び特定不妊治療又は男性不妊治療に併せて行われる先進医療に要する費用の一部を助成することにより、特定不妊治療及び男性不妊治療を受ける者の自己負担額を軽減し、もって、治療の選択肢が減らないよう支援することを目的とする</p>
<p>第2条 本事業の実施主体は、広島県（以下「県」という。）とする。</p>	<p>第2条 本事業の実施主体は、広島県（以下「県」という。）とする。</p>
<p>第3条 この要綱において、「特定不妊治療等」とは、特定不妊治療及び男性不妊治療をいう。</p>	<p>第3条 この要綱において、「特定不妊治療等」とは、特定不妊治療及び男性不妊治療をいう。</p>
<p>2 この要綱において、「先進医療」とは、厚生労働大臣が先進医療として告示した特定不妊治療等をいう。</p>	<p>2 この要綱において、「先進医療」とは、厚生労働大臣が先進医療として告示した特定不妊治療等をいう。</p>
<p>3 この要綱において、「審議中の技術」とは、先進医療会議において審議が行われている特定不妊治療等をいう。</p>	<p>3 この要綱において、「審議中の技術」とは、先進医療会議において審議が行われている特定不妊治療等をいう。</p>
<p>4 この要綱において、「1回の治療」とは、採卵準備のための「薬品投与」の開始等から、「妊娠の確認」等に至るまでの特定不妊治療等の実施の一連の過程（別表1のA～Fの治療）をいう。また、別表1のCの治療である場合については、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回の治療とみなす。 なお、特定不妊治療について、医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中止した場合も1回の治療とみなすこととする。</p>	<p>4 この要綱において、「1回の治療」とは、採卵準備のための「薬品投与」の開始等から、「妊娠の確認」等に至るまでの特定不妊治療等の実施の一連の過程（別表1のA～Fの治療）をいう。また、別表1のCの治療である場合については、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回の治療とみなす。 なお、特定不妊治療について、医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中止した場合も1回の治療とみなすこととする。</p>
<p>5 この要綱において、「治療期間の初日」とは、採卵準備のための「薬品投与」の開始等の日をいう。</p>	<p>5 この要綱において、「治療期間の初日」とは、採卵準備のための「薬品投与」の開始等の日をいう。</p>
<p>第4条 対象者は、次のいずれにも該当する者とする。</p>	<p>第4条 対象者は、次のいずれにも該当する者とする。</p>
<p>(1) 申請時点において、いずれか一方が県内に住所を有する夫婦（原則、法律婚を対象とするが、生まれてくる子の福祉に配慮しながら、事実婚関係にある者も対象とする。）</p>	<p>(1) 申請時点において、いずれか一方が県内に住所を有する夫婦（原則、法律婚を対象とするが、生まれてくる子の福祉に配慮しながら、事実婚関係にある者も対象とする。）</p>
<p>(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か又は極めて少ないと医師に診断された者であって、生殖補助医療の保険診療を行う保険医</p>	<p>(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か又は極めて少ないと医師に診断された者であって、生殖補助医療の保険診療を行う保険医療</p>

新旧対照表

改正後（新）	改正前（旧）				
<p>療機関において、保険収載されている特定不妊治療等を受けた夫婦</p> <p>(3) 治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満である夫婦</p> <p>第5条 助成の対象となる治療及び検査は、次に掲げる(1)又は(2)のいずれかに該当するものとする。</p> <p>(1) 保険診療で実施される特定不妊治療等と併せて行われる先進医療。ただし、治療期間の初日において先進医療であること。</p> <p>(2) 生殖補助医療の保険診療を行う保険医療機関において、令和4年4月1日以降に開始した特定不妊治療等のうち、先進医療又は審議中の技術（当該技術と同等の技術を含む。以下「先進医療等」という。）を併用することにより、本来保険適用となる特定不妊治療等も含め、全額自費診療となった治療。</p> <p>2 次の各号に該当する場合は本事業の助成対象としない</p> <p>ア 夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供による不妊治療</p> <p>イ 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・出産するもの</p> <p>ウ 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又は顕微授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・出産するもの</p> <p>エ 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（別表1のG及びHの治療）</p> <p>第6条 助成する額は、次の表の左欄に掲げる区分に応じて、それぞれ右欄に掲げる額とする。ただし、それぞれの額に1,000円未満の端数が生じる場合はこれを切り捨てるものとする。</p> <table border="1" data-bbox="112 1157 1075 1220"> <tr> <td>区分</td> <td>助成金額</td> </tr> </table>	区分	助成金額	<p>機関において、保険収載されている特定不妊治療等を受けた夫婦</p> <p>(3) 治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満である夫婦</p> <p>第5条 助成の対象となる治療及び検査は、次に掲げる(1)又は(2)のいずれかに該当するものとする。</p> <p>(1) 保険診療で実施される特定不妊治療等と併せて行われる先進医療。ただし、治療期間の初日において先進医療であること。</p> <p>(2) 生殖補助医療の保険診療を行う保険医療機関において、令和4年4月1日以降に開始した特定不妊治療等のうち、先進医療又は審議中の技術（当該技術と同等の技術を含む。以下「先進医療等」という。）を併用することにより、本来保険適用となる特定不妊治療等も含め、全額自費診療となった治療。</p> <p>2 次の各号に該当する場合は本事業の助成対象としない</p> <p>ア 夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供による不妊治療</p> <p>イ 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・出産するもの</p> <p>ウ 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又は顕微授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・出産するもの</p> <p>エ 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（別表1のG及びHの治療）</p> <p>第6条 助成する額は、次の表の左欄に掲げる区分に応じて、それぞれ右欄に掲げる額とする。ただし、それぞれの額に1,000円未満の端数が生じる場合はこれを切り捨てるものとする。</p> <table border="1" data-bbox="1131 1141 2105 1197"> <tr> <td>区分</td> <td>助成金額</td> </tr> </table>	区分	助成金額
区分	助成金額				
区分	助成金額				

新旧対照表

改正後 (新)		改正前 (旧)	
<p>(1) 保険診療で実施される特定不妊治療等と併せて行われた先進医療。ただし、治療期間の初日において、<u>先進医療</u>であること。</p>	<p>次の各号に掲げる額の合計額とし、<u>それぞれの額の上限は5万円とする。</u> ア 特定不妊治療に併せて行われた先進医療 1回の治療につき助成対象者が負担した自己負担額に2分の1を乗じた額。 イ 男性不妊治療に併せて行われた先進医療 1回の治療につき助成対象者が負担した自己負担額に2分の1を乗じた額。</p>	<p>(1) 保険診療で実施される特定不妊治療等と併せて行われた先進医療。ただし、治療期間の初日において、<u>先進医療</u>であること。</p>	<p>次の各号に掲げる額の合計額とし、<u>それぞれの額の上限は5万円とする。</u> ア 特定不妊治療に併せて行われた先進医療 1回の治療につき助成対象者が負担した自己負担額に2分の1を乗じた額。 イ 男性不妊治療に併せて行われた先進医療 1回の治療につき助成対象者が負担した自己負担額に2分の1を乗じた額。</p>
<p>(2) 生殖補助医療の保険診療を行う保険医療機関において、<u>令和4年4月1日以降に開始した特定不妊治療等のうち、先進医療等を併用することにより、本来保険適用となる特定不妊治療等も含め、全額自費診療となった治療。</u></p>	<p>次の各号に掲げる額の合計額とし、<u>それぞれの額は(ア)又は(イ)のいずれか低い額とする。</u> ア 特定不妊治療に要した費用 (ア) 1回の治療につき30万円 (ただし、別表1のC又はFの治療については10万円) (イ) 1回の治療につき助成対象者が負担した自己負担額に10分の7を乗じた額。 イ 男性不妊治療に要した費用 (ア) 1回の治療につき30万円 (イ) 1回の治療につき助成対象者が負担した自己負担額に10分の7を乗じた額。</p>	<p>(2) 生殖補助医療の保険診療を行う保険医療機関において、<u>令和4年4月1日以降に開始した特定不妊治療等のうち、先進医療等を併用することにより、本来保険適用となる特定不妊治療等も含め、全額自費診療となった治療。</u></p>	<p>次の各号に掲げる額の合計額とし、<u>それぞれの額は(ア)又は(イ)のいずれか低い額とする。</u> ア 特定不妊治療に要した費用 (ア) 1回の治療につき30万円 (ただし、別表1のC又はFの治療については10万円) (イ) 1回の治療につき助成対象者が負担した自己負担額に10分の7を乗じた額。 イ 男性不妊治療に要した費用 (ア) 1回の治療につき30万円 (イ) 1回の治療につき助成対象者が負担した自己負担額に10分の7を乗じた額。</p>
<p><u>(削除)</u></p>	<p><u>(削除)</u></p>	<p>(3) (2)のうち、<u>令和5年3月31日までに知事が本事業に係る申請を受付けた治療。</u></p>	<p><u>左の申請により助成決定した額を(2)の助成額から差し引いた額。</u></p>

2 助成する回数は、初めて本事業の助成を受けた際の治療期間の初日における妻の年齢が40歳未満であるときは、前項に掲げる(1)及び(2)の助成回数を

2 助成する回数は、初めて本事業の助成を受けた際の治療期間の初日における妻の年齢が40歳未満であるときは、前項に掲げる(1)及び(2)の助成回数を合

新旧対照表

改正後（新）	改正前（旧）
<p>合わせて6回（40歳以上であるときは3回）までとする。 <u>ただし、助成を受けた後、出産し、又は妊娠12週以降に死産に至った場合は、これまで受けた助成回数をリセットすることができる。この場合は、原則、住民票と戸籍謄本又は死産届の写し等により事実を確認する。</u></p>	<p>わせて6回（40歳以上であるときは3回）までとする。 <u>ただし、助成を受けた後、出産し、又は妊娠12週以降に死産に至った場合は、これまで受けた助成回数をリセットすることができる。この場合は、原則、住民票と戸籍謄本又は死産届の写し等により事実を確認する。</u> <u>なお、前項に掲げる（3）については、助成回数に含めない。</u></p>
<p>第7条 助成を受けようとする者は、<u>原則として、夫又は妻のいずれか一方が、治療が終了した日の翌日から起算して2か月以内に申請するものとする。</u> <u>ただし、やむを得ない理由により期限内の申請が困難であると認められる場合は、治療が終了した日の属する年度内であれば申請をすることができる。</u></p>	<p>第7条 助成を受けようとする者は、<u>原則として、夫又は妻のいずれか一方が、治療が終了した日の翌日から起算して2か月以内に申請するものとする。</u> <u>ただし、やむを得ない理由により期限内の申請が困難であると認められる場合は、治療が終了した日の属する年度内であれば申請をすることができる。</u> <u>なお、令和4年4月1日から令和5年3月31日までに第6条第1項（2）の治療を終了した者で、助成を受けようとする者は、令和6年3月31日までは申請をすることができる。</u></p>
<p>2 申請には、<u>様式第1号による広島県特定不妊治療支援事業申請書（以下「申請書」という。）に次の各号に掲げる書類を添付するものとする。</u> <u>なお、様式第1号による申請書において、対象者の住所等を住民基本台帳で確認することに同意する場合は、（3）の提出を省略できることとする。</u> <u>また、1子につき2回目以降の申請では、（2）の提出を省略できることとする。</u> <u>ただし、事実婚関係にある者を除く。</u> （1） 広島県特定不妊治療支援事業申請に係る証明書（様式第2号） （2） 婚姻関係にあることを証明できる書類 （3） 住所を確認できる書類（発行日から3か月以内の住民票） （4） 医療機関が発行する領収書の写し （5） その他知事が必要と認める書類 3 前項の申請書の提出先は、<u>申請者の住所地ごとに別表2に定めるとおりとする。</u> 4 保健所長は、<u>申請書を受け付けたときは、その内容等を確認し、速やかに知事へ進達する。</u> 5 申請等事務手続に当たっては、<u>助成を受けようとする者の心理及びプライバシーに十分配慮するものとする。</u></p>	<p>2 申請には、<u>様式第1号による広島県特定不妊治療支援事業申請書（以下「申請書」という。）に次の各号に掲げる書類を添付するものとする。</u> <u>なお、様式第1号による申請書において、対象者の住所等を住民基本台帳で確認することに同意する場合は、（3）の提出を省略できることとする。</u> <u>また、1子につき2回目以降の申請及び第6条第1項（3）に該当する申請では、（2）の提出を省略できることとする。ただし、事実婚関係にある者を除く。</u> （1） 広島県特定不妊治療支援事業申請に係る証明書（様式第2号） （2） 婚姻関係にあることを証明できる書類 （3） 住所を確認できる書類（発行日から3か月以内の住民票） （4） 医療機関が発行する領収書の写し （5） その他知事が必要と認める書類 3 前項の申請書の提出先は、<u>申請者の住所地ごとに別表2に定めるとおりとする。</u> 4 保健所長は、<u>申請書を受け付けたときは、その内容等を確認し、速やかに知事へ進達する。</u> 5 申請等事務手続に当たっては、<u>助成を受けようとする者の心理及びプライバシーに十分配慮するものとする。</u></p>
<p>第8条 知事は、<u>申請書を受け付けたときは、速やかに審査を行い、広島県特定不妊治療費の助成の可否を決定する。</u> 2 知事は、<u>前項の規定により助成することの決定をしたときは、様式第3号又は</u></p>	<p>第8条 知事は、<u>申請書を受け付けたときは、速やかに審査を行い、広島県特定不妊治療費の助成の可否を決定する。</u> 2 知事は、<u>前項の規定により助成することの決定をしたときは、様式第3号又は</u></p>

新旧対照表

改正後（新）	改正前（旧）
<p>4号による広島県特定不妊治療支援事業承認決定通知書を当該申請者に通知する。</p> <p>3 知事は、第1項の規定により助成しないことを決定したときは、様式第5号による広島県特定不妊治療支援事業不承認決定通知書にその旨及び理由を明示し、当該申請者に通知する。</p> <p>4 助成対象年度は、申請書を受け付けた日を基準とする。</p>	<p>4号による広島県特定不妊治療支援事業承認決定通知書を当該申請者に通知する。</p> <p>3 知事は、第1項の規定により助成しないことを決定したときは、様式第5号による広島県特定不妊治療支援事業不承認決定通知書にその旨及び理由を明示し、当該申請者に通知する。</p> <p>4 助成対象年度は、申請書を受け付けた日を基準とする。</p>
<p>第9条 法律婚の場合、戸籍謄本又は全部事項証明書により確認するものとする。</p> <p>2 事実婚の場合、次の各号に掲げる書類により確認するものとする。</p> <p>(1) 夫婦二人の戸籍謄本又は全部事項証明書（重婚でないことの確認）</p> <p>(2) 夫婦二人の住民票（同一世帯であるかの確認）</p> <p>(3) 夫婦二人の事実婚関係に関する申立書（様式第6号）</p>	<p>第9条 法律婚の場合、戸籍謄本又は全部事項証明書により確認するものとする。</p> <p>2 事実婚の場合、次の各号に掲げる書類により確認するものとする。</p> <p>(1) 夫婦二人の戸籍謄本又は全部事項証明書（重婚でないことの確認）</p> <p>(2) 夫婦二人の住民票（同一世帯であるかの確認）</p> <p>(3) 夫婦二人の事実婚関係に関する申立書（様式第6号）</p>
<p>第10条 知事は、虚偽その他の不正手段により助成を受けた者に対して、助成した額の全部又は一部の返還を命ずることができる。</p>	<p>第10条 知事は、虚偽その他の不正手段により助成を受けた者に対して、助成した額の全部又は一部の返還を命ずることができる。</p>
<p>第11条 特定不妊治療費等の助成の状況を明確にしておくため、知事は、広島県特定不妊治療支援事業管理システムに特定不妊治療費等の申請の状況及び助成状況等を登録し、適正に管理する。</p>	<p>第11条 特定不妊治療費等の助成の状況を明確にしておくため、知事は、広島県特定不妊治療支援事業管理システムに特定不妊治療費等の申請の状況及び助成状況等を登録し、適正に管理する。</p>
<p>第12条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に知事が定めるところによる。</p>	<p>第12条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に知事が定めるところによる。</p>
<p>附 則</p> <p>1 この要綱は、令和4年3月30日から施行し、令和4年4月1日から適用する。</p> <p>2 第4条第3号及び第6条第2項の規定にかかわらず、令和4年4月1日から同年9月29日までの間に妻の年齢が43歳に達する場合（令和4年4月1日に43歳に達する場合とは、同年4月2日が43歳の誕生日である場合をいい、同年9月29日に43歳に達する場合とは、同年9月30日が43歳の誕生日である場合をいう）については、治療期間の初日が43歳に達した日の翌日（43歳の誕生日）以後であっても、同年9月30日までであれば、1回に限り、助成の対象とする。</p> <p>3 第6条第2項の規定にかかわらず、令和4年4月1日から同年9月29日までの間に妻の年齢が40歳に達する場合（令和4年4月1日に40歳に達する場合とは、</p>	<p>附 則</p> <p>1 この要綱は、令和4年3月30日から施行し、令和4年4月1日から適用する。</p> <p>2 第4条第3号及び第6条第2項の規定にかかわらず、令和4年4月1日から同年9月29日までの間に妻の年齢が43歳に達する場合（令和4年4月1日に43歳に達する場合とは、同年4月2日が43歳の誕生日である場合をいい、同年9月29日に43歳に達する場合とは、同年9月30日が43歳の誕生日である場合をいう）については、治療期間の初日が43歳に達した日の翌日（43歳の誕生日）以後であっても、同年9月30日までであれば、1回に限り、助成の対象とする。</p> <p>3 第6条第2項の規定にかかわらず、令和4年4月1日から同年9月29日までの間に妻の年齢が40歳に達する場合（令和4年4月1日に40歳に達する場合とは、</p>

新旧対照表

改正後（新）

は、同年4月2日が40歳の誕生日である場合をいい、同年9月29日に40歳に達する場合とは、同年9月30日が40歳の誕生日である場合をいう）については、初めて助成を受けた際の治療期間の初日が40歳に達した日の翌日（40歳の誕生日）以後であっても、同年9月30日までであれば、助成回数は通算6回までとする。

附 則

この要綱は、令和4年6月30日から施行し、令和4年7月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和5年3月17日から施行し、令和5年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和6年 月 日から施行し、令和6年4月1日から適用する。

別表1 （略）

別表2

申請者の住所地	提出先
広島市、呉市及び福山市	広島県健康福祉局子供未来応援課
大竹市及び廿日市市	広島県西部保健所
安芸高田市、府中町、海田町、熊野町、坂町、安芸太田町及び北広島町	広島県西部保健所広島支所
江田島市	広島県西部保健所呉支所
竹原市、東広島市及び大崎上島町	広島県西部東保健所
三原市、尾道市及び世羅町	広島県東部保健所
府中市及び神石高原町	広島県東部保健所福山支所
三次市及び庄原市	広島県北部保健所

改正前（旧）

同年4月2日が40歳の誕生日である場合をいい、同年9月29日に40歳に達する場合とは、同年9月30日が40歳の誕生日である場合をいう）については、初めて助成を受けた際の治療期間の初日が40歳に達した日の翌日（40歳の誕生日）以後であっても、同年9月30日までであれば、助成回数は通算6回までとする。

附 則

この要綱は、令和4年6月30日から施行し、令和4年7月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和5年3月17日から施行し、令和5年4月1日から適用する。

別表1 （略）

別表2

申請者の住所地	提出先
広島市、呉市及び福山市	広島県健康福祉局子供未来応援課
大竹市及び廿日市市	広島県西部保健所
安芸高田市、府中町、海田町、熊野町、坂町、安芸太田町及び北広島町	広島県西部保健所広島支所
江田島市	広島県西部保健所呉支所
竹原市、東広島市及び大崎上島町	広島県西部東保健所
三原市、尾道市及び世羅町	広島県東部保健所
府中市及び神石高原町	広島県東部保健所福山支所
三次市及び庄原市	広島県北部保健所

新旧対照表

改正後（新）

改正前（旧）

様式第1号（1）（先進医療）

広島県特定不妊治療支援事業申請書

様式第1号（1）（先進医療）

広島県特定不妊治療支援事業申請書

広島県知事様
令和 年 月 日

広島県知事様
令和 年 月 日

申請者氏名

申請者氏名

関係書類を添えて、次のとおり広島県特定不妊治療費の助成を申請します。
なお、助成決定後は、当該助成金を次の口座に振り込んでください。

関係書類を添えて、次のとおり広島県特定不妊治療費の助成を申請します。
なお、助成決定後は、当該助成金を次の口座に振り込んでください。

		(ふりがな) 氏名		生年月日	
助成対象者	夫	()		昭和 平成 年 月 日 (歳)	
	妻	()		昭和 平成 年 月 日 (歳)	
住所 (申請者)		〒 電話 ()			
住所※1 【申請者と別世帯の 場合のみ記入】		〒 電話 ()			
助成申請額		特定不妊治療に係る医療機関の証明書の金額×1/2 領収金額 円×1/2 = 円 ➡(申請額A) 円 ※千円未満切り捨て ※5万円を超える場合は、5万円と記入		合計申請額 = (A+B) 円	
		男性不妊治療に係る医療機関の証明書の金額×1/2 領収金額 円×1/2 = 円 ➡(申請額B) 円 ※千円未満切り捨て ※5万円を超える場合は、5万円と記入			
過去の助成歴 ※2		1 広島県が令和4年度から実施しているこの事業の助成を過去に受けたことがありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 2 この助成を初めて受けた(受ける)際の治療開始時の妻の年齢 () 歳			
助成回数を リセットする 場合		【出産等により回数のリセットされる場合は記入してください】※記載の場合、年 月 日・氏名 ・出生した子の氏名 () 生年月日 (年 月 日) ・回数のリセット後初めて受けた治療開始時の妻の年齢 () 歳			
振込先 ※3	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協		店	金融機関コード
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	店 番	
	口座番号	(右詰記入)			
住民票の省略 (※4)		<input type="checkbox"/> 私(申請者)及び配偶者の住所等を住民基本台帳で確認することに同意し、 住民票の添付を省略します。(該当の場合は☑)			
県 記入 欄	過去の助成歴	特定不妊治療助成回数 先進 () 回 自費 () 回		男性不妊治療助成回数 先進 () 回 自費 () 回	
	今回の申請回数	通算 () 回 (第 子 回目)		<input type="checkbox"/> 台帳照合済み	

		(ふりがな) 氏名		生年月日	
助成対象者	夫	()		昭和 平成 年 月 日 (歳)	
	妻	()		昭和 平成 年 月 日 (歳)	
住所		〒 電話 ()			
住所※1		〒 電話 ()			
助成申請額		特定不妊治療に係る医療機関の証明書の金額×1/2 領収金額 円×1/2 = 円 ➡(申請額A) 円 ※千円未満切り捨て ※5万円を超える場合は、5万円と記入		合計申請額 = (A+B) 円	
		男性不妊治療に係る医療機関の証明書の金額×1/2 領収金額 円×1/2 = 円 ➡(申請額B) 円 ※千円未満切り捨て ※5万円を超える場合は、5万円と記入			
過去の助成歴 ※2		1 広島県が令和4年度から実施しているこの事業の助成を過去に受けたことがありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 2 この助成を初めて受けた(受ける)際の治療開始時の妻の年齢 () 歳			
助成回数を リセットする 場合		【出産等により回数のリセットされる場合は記入してください】 ・出生した子の氏名 () 生年月日 (年 月 日) ・回数のリセット後初めて受けた治療開始時の妻の年齢 () 歳			
振込先 ※3	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協		店	金融機関コード
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	店 番	
	口座番号	(右詰記入)			
住民票の省略 (※4)		<input type="checkbox"/> 私(申請者)及び配偶者の住所等を住民基本台帳で確認することに同意し、 住民票の添付を省略します。(該当の場合は☑)			
県 記入 欄	過去の助成歴	特定不妊治療助成回数 先進 () 回 自費 () 回		男性不妊治療助成回数 先進 () 回 自費 () 回	
	今回の申請回数	通算 () 回 (第 子 回目)		<input type="checkbox"/> 台帳照合済み	

注) 太枠の中をご記入ください。なお、記載された個人情報は県が広島県特定不妊治療支援事業の助成及び助成状況の管理に使用し、本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。
※1: 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。
※2: 過去の助成回数を照会した結果、助成の上限を超えている場合には受理できませんので予めご了承ください。
※3: 申請者が口座名義人となっている口座を記入し、振込先口座の通帳の写し等(口座番号・支店・コード等が記入されているページ)を添付してください。
※4: 事実婚の方、別世帯で県外居住の方は、省略できません。

注) 太枠の中をご記入ください。なお、記載された個人情報は県が広島県特定不妊治療支援事業の助成及び助成状況の管理に使用し、本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。
※1: 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。
※2: 過去の助成回数を照会した結果、助成の上限を超えている場合には受理できませんので予めご了承ください。
※3: 申請者が口座名義人となっている口座を記入し、振込先口座の通帳の写し等(口座番号・支店・コード等が記入されているページ)を添付してください。
※4: 事実婚の方は同一世帯であることを確認する必要があるため、省略できません。

新旧対照表

改正後（新）

様式第1号（2）（自費診療）

広島県特定不妊治療支援事業申請書

令和 年 月 日

広島県知事様

申請者氏名

関係書類を添えて、次のとおり広島県特定不妊治療費の助成を申請します。
なお、助成決定後は、当該助成金を次の口座に振り込んでください。

		(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	
助成対象者	夫	()	昭和 平成	年 月 日 (歳)
	妻	()	昭和 平成	年 月 日 (歳)
住所 (申請者)		〒 電話 ()		
住所※1 (申請者と別居等の 場合のみ記入)		〒 電話 ()		
助成申請額	特定不妊 治療費	様式第2号に記載の領収金額の7割の額(A)を算出します。 領収金額 円 × 0.7 = 円(A) ※千円未満切捨て 上限300,000円(ステージD,Fは100,000円)と、 算出した7割の額(A)を比較して少ない額を記入		合計申請額 (ア+イ) 円
	男性不妊 治療費	様式第2号に記載の領収金額の7割の額(B)を算出します。 領収金額 円 × 0.7 = 円(B) ※千円未満切捨て 上限300,000円と、 算出した7割の額(B)を比較して少ない額を記入		
過去の助成歴 ※2		1 広島県が令和4年度から実施しているこの事業の助成を過去に受けたことがありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 2 この助成を初めて受けた(受ける)際の治療開始時の妻の年齢 () 歳		
助成回数 をリセットする 場合		【出産等により回数のリセットされる場合は記入してください】※児童の届出、生年月日・氏名不要 ・出生した子の氏名 () 生年月日 (年 月 日) ・回数のリセット後初めて受けた治療開始時の妻の年齢 () 歳		
振込先	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協		店 金融機関コード 店 番
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()
	口座番号	(右詰記入)		
住民票の省略 ※4		<input type="checkbox"/> 私(申請者)及び配偶者の住所等を住民基本台帳で確認することに同意し、住民票の添付を省略します。(該当の場合は☑)		
県記入欄	過去の助成歴	特定不妊治療助成回数 先進 () 回 自費 () 回		男性不妊治療助成回数 先進 () 回 自費 () 回
	今回の申請回数	通算 () 回 (第 子 回目)		<input type="checkbox"/> 台帳照合済み

注) 太枠の中をご記入ください。なお、記載された個人情報は広島県特定不妊治療支援事業の助成及び助成状況の管理に使用し、本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。
※1: 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。
※2: 過去の助成回数を照会した結果、助成の上限を超えている場合には受理できませんので予めご了承ください。
※3: 申請者が口座名義人となっている口座を記入し、振込先口座の通帳の写し等(口座番号・支店・コード等)が記入されているページを添付してください。
※4: 事実婚の方、別世帯で別居居住の方は、省略できません。

改正前（旧）

様式第1号（2）（自費診療）

広島県特定不妊治療支援事業申請書

令和 年 月 日

広島県知事様

申請者氏名

関係書類を添えて、次のとおり広島県特定不妊治療費の助成を申請します。
なお、助成決定後は、当該助成金を次の口座に振り込んでください。

		(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	
助成対象者	夫	()	昭和 平成	年 月 日 (歳)
	妻	()	昭和 平成	年 月 日 (歳)
住所		〒 電話 ()		
住所※1		〒 電話 ()		
助成申請額	特定不妊 治療費	様式第2号に記載の領収金額の7割の額(A)を算出します。 領収金額 円 × 0.7 = 円(A) ※千円未満切捨て 上限300,000円(ステージD,Fは100,000円)と、 算出した7割の額(A)を比較して少ない額を記入		合計申請額 (ア+イ+ウ) 円
	男性不妊 治療費	様式第2号に記載の領収金額の7割の額(B)を算出します。 領収金額 円 × 0.7 = 円(B) ※千円未満切捨て 上限300,000円と、 算出した7割の額(B)を比較して少ない額を記入		
控除額		今回の治療について、令和5年3月31日以前にこの事業に申請していますか <input type="checkbox"/> 申請していない <input type="checkbox"/> 申請している ⇒ 円		
過去の助成歴 ※2		1 広島県が令和4年度から実施しているこの事業の助成を過去に受けたことがありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 2 この助成を初めて受けた(受ける)際の治療開始時の妻の年齢 () 歳		
助成回数 をリセットする 場合		【出産等により回数のリセットされる場合は記入してください】 ・出生した子の氏名 () 生年月日 (年 月 日) ・回数のリセット後初めて受けた治療開始時の妻の年齢 () 歳		
振込先	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協		店 金融機関コード 店 番
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()
	口座番号	(右詰記入)		
住民票の省略 ※4		<input type="checkbox"/> 私(申請者)及び配偶者の住所等を住民基本台帳で確認することに同意し、住民票の添付を省略します。(該当の場合は☑)		
県記入欄	過去の助成歴	特定不妊治療助成回数 先進 () 回 自費 () 回		男性不妊治療助成回数 先進 () 回 自費 () 回
	今回の申請回数	通算 () 回 (第 子 回目)		<input type="checkbox"/> 台帳照合済み

注) 太枠の中をご記入ください。なお、記載された個人情報は広島県特定不妊治療支援事業の助成及び助成状況の管理に使用し、本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。
※1: 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。
※2: 過去の助成回数を照会した結果、助成の上限を超えている場合には受理できませんので予めご了承ください。
※3: 申請者が口座名義人となっている口座を記入し、振込先口座の通帳の写し等(口座番号・支店・コード等)が記入されているページを添付してください。
※4: 事実婚の方は同一世帯であることを確認する必要があるため、省略できません。

新旧対照表

改正後 (新)	改正前 (旧)																																																														
<p>様式第2号</p> <p style="text-align: center;">広島県特定不妊治療支援事業申請に係る証明書</p> <p>次の者については、特定不妊治療（体外受精、顕微授精）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、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の住所 名称 ㊞</p> <p>医療機関記入欄（主治医が記入すること）</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;">(ふりがな)</td> <td style="width:10%;">夫</td> <td style="width:40%;">()</td> <td style="width:10%;">妻</td> <td style="width:40%;">()</td> </tr> <tr> <td>受診者氏名</td> <td></td> <td>昭和 年 月 日 (歳)</td> <td></td> <td>昭和 年 月 日 (歳)</td> </tr> <tr> <td>受診者生年月日</td> <td></td> <td>平成 年 月 日 (歳)</td> <td></td> <td>平成 年 月 日 (歳)</td> </tr> </table> <p>今回の治療内容</p> <p>該当する記号（1又は2）に○をつけてください。</p> <p>1 保険適用と保険適用外の先進医療を併用 2 保険適用外の医療のみを実施</p> <p>今回の治療内容が2の場合、該当する治療ステージ記号（※1参照）に○をつけてください。 A・B・C・D・E・F・M</p> <p>領収年月日 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日</p> <p>助成対象となる医療費の総額（文書料含む）</p> <p>特定不妊治療費（男性不妊治療費を除く） 領収金額 _____ 円</p> <p>男性不妊治療費 ※2（医療機関名 _____ ）が領収 領収金額 _____ 円</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <p>治療内容1に該当・・・先進医療に要した費用+文書料 の合計領収金額を記入してください。 治療内容2に該当・・・今回の治療に要した費用の総額+文書料 の合計領収金額を記入してください。</p> </div> <p style="text-align: center;">実施した医療技術</p> <p>該当する□に☑を記載してください。その他の場合は（ ）内に医療名を記載してください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術（SEET法）</td> <td><input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査（PGT-A）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養</td> <td><input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）</td> <td><input type="checkbox"/> 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術</td> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜胚受容期検査（ERPeak）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA, ALICE）</td> <td><input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA）</td> <td><input type="checkbox"/> ()</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（IMS1）</td> <td><input type="checkbox"/> ()</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 二段階胚移植法</td> <td><input type="checkbox"/> ()</td> </tr> </table> <p>その他特記事項</p> <p>○今回の治療期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日</p> <p>今回の治療に男性不妊治療が含まれる場合で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特定不妊治療終了日までを「今回の治療期間」に記載してください。</p> <p style="text-align: right;">主治医氏名 _____ 印 (主治医が自署若しくは記名押印)</p>	(ふりがな)	夫	()	妻	()	受診者氏名		昭和 年 月 日 (歳)		昭和 年 月 日 (歳)	受診者生年月日		平成 年 月 日 (歳)		平成 年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術（SEET法）	<input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査（PGT-A）	<input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	<input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査	<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）	<input type="checkbox"/> 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法	<input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術	<input type="checkbox"/> 子宮内膜胚受容期検査（ERPeak）	<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA, ALICE）	<input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術	<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA）	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（IMS1）	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 二段階胚移植法	<input type="checkbox"/> ()	<p>様式第2号</p> <p style="text-align: center;">(広島県統一様式)</p> <p style="text-align: center;">広島県特定不妊治療支援事業申請に係る証明書</p> <p>次の者については、特定不妊治療（体外受精、顕微授精）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、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の住所 名称 ㊞</p> <p>医療機関記入欄（主治医が記入すること）</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;">(ふりがな)</td> <td style="width:10%;">夫</td> <td style="width:40%;">()</td> <td style="width:10%;">妻</td> <td style="width:40%;">()</td> </tr> <tr> <td>受診者氏名</td> <td></td> <td>昭和 年 月 日 (歳)</td> <td></td> <td>昭和 年 月 日 (歳)</td> </tr> <tr> <td>受診者生年月日</td> <td></td> <td>平成 年 月 日 (歳)</td> <td></td> <td>平成 年 月 日 (歳)</td> </tr> </table> <p>今回の治療内容</p> <p>該当する記号（1又は2）に○をつけてください。</p> <p>1 保険適用と保険適用外の先進医療を併用 2 保険適用外の医療のみを実施</p> <p>今回の治療内容が2の場合、該当する治療ステージ記号（※1参照）に○をつけてください。 A・B・C・D・E・F・M</p> <p>領収年月日 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日</p> <p>助成対象となる医療費の総額（文書料含む）</p> <p>特定不妊治療費（男性不妊治療費を除く） 領収金額 _____ 円</p> <p>男性不妊治療費 ※2（医療機関名 _____ ）が領収 領収金額 _____ 円</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <p>治療内容1に該当・・・先進医療に要した費用+文書料 の合計領収金額を記入してください。 治療内容2に該当・・・今回の治療に要した費用の総額+文書料 の合計領収金額を記入してください。</p> </div> <p style="text-align: center;">実施した医療技術</p> <p>該当する□に☑を記載してください。その他の場合は（ ）内に医療名を記載してください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術（SEET法）</td> <td><input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査（PGT-A）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養</td> <td><input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）</td> <td><input type="checkbox"/> 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術</td> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜胚受容期検査（ERPeak）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA, ALICE）</td> <td><input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA）</td> <td><input type="checkbox"/> ()</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（IMS1）</td> <td><input type="checkbox"/> ()</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 二段階胚移植法</td> <td><input type="checkbox"/> ()</td> </tr> </table> <p>その他特記事項</p> <p>○今回の治療期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日</p> <p>今回の治療に男性不妊治療が含まれる場合で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特定不妊治療終了日までを「今回の治療期間」に記載してください。</p> <p style="text-align: right;">主治医氏名 _____ 印 (主治医が自署若しくは記名押印)</p>	(ふりがな)	夫	()	妻	()	受診者氏名		昭和 年 月 日 (歳)		昭和 年 月 日 (歳)	受診者生年月日		平成 年 月 日 (歳)		平成 年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術（SEET法）	<input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査（PGT-A）	<input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	<input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査	<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）	<input type="checkbox"/> 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法	<input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術	<input type="checkbox"/> 子宮内膜胚受容期検査（ERPeak）	<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA, ALICE）	<input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術	<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA）	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（IMS1）	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 二段階胚移植法	<input type="checkbox"/> ()
(ふりがな)	夫	()	妻	()																																																											
受診者氏名		昭和 年 月 日 (歳)		昭和 年 月 日 (歳)																																																											
受診者生年月日		平成 年 月 日 (歳)		平成 年 月 日 (歳)																																																											
<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術（SEET法）	<input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査（PGT-A）																																																														
<input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	<input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査																																																														
<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）	<input type="checkbox"/> 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法																																																														
<input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術	<input type="checkbox"/> 子宮内膜胚受容期検査（ERPeak）																																																														
<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA, ALICE）	<input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術																																																														
<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA）	<input type="checkbox"/> ()																																																														
<input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（IMS1）	<input type="checkbox"/> ()																																																														
<input type="checkbox"/> 二段階胚移植法	<input type="checkbox"/> ()																																																														
(ふりがな)	夫	()	妻	()																																																											
受診者氏名		昭和 年 月 日 (歳)		昭和 年 月 日 (歳)																																																											
受診者生年月日		平成 年 月 日 (歳)		平成 年 月 日 (歳)																																																											
<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術（SEET法）	<input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査（PGT-A）																																																														
<input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	<input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査																																																														
<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）	<input type="checkbox"/> 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法																																																														
<input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術	<input type="checkbox"/> 子宮内膜胚受容期検査（ERPeak）																																																														
<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA, ALICE）	<input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術																																																														
<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA）	<input type="checkbox"/> ()																																																														
<input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（IMS1）	<input type="checkbox"/> ()																																																														
<input type="checkbox"/> 二段階胚移植法	<input type="checkbox"/> ()																																																														

※1 治療内容2において、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。なお、採卵に至らないケース（侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。

- 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周期の間隔をあげ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
- M：男性不妊治療（特定不妊治療のうち精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術）なお、採卵準備前に男性不妊治療を行なったが、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対象になります。

※2 主治医の治療方針に基づき、他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、患者から領収書等の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。

※1 治療内容2において、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。なお、採卵に至らないケース（侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。

- 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周期の間隔をあげ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
- M：男性不妊治療（特定不妊治療のうち精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術）なお、採卵準備前に男性不妊治療を行なったが、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対象になります。

※2 主治医の治療方針に基づき、他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、患者から領収書等の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。

【参考】体外受精・顕微授精の治療ステージと助成対象範囲

治療内容	採卵まで				(新培養・凍結(顕微授精)・培養)	胚移植				(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(点薬)あり)	採卵	採精(夫)		新鮮胚移植		凍結胚移植					
						胚移植	黄体期補充療法	胚凍結	胚移植			黄体期補充療法	
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	1日		
A	新鮮胚移植を実施												助成対象
B	凍結胚移植を実施*												
C	以前に凍結した胚を解冻して胚移植を実施												
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	卵胞が発育しない、又は採卵終了のため中止												
H	採卵準備中、体調不良等により治療中止												

【参考】体外受精・顕微授精の治療ステージと助成対象範囲

治療内容	採卵まで				(前培養・凍結(顕微授精)・培養)	胚移植				(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(点薬)あり)	採卵	採精(夫)		新鮮胚移植		凍結胚移植					
						胚移植	黄体期補充療法	胚凍結	胚移植			黄体期補充療法	
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	1日		
A	新鮮胚移植を実施												助成対象
B	凍結胚移植を実施*												
C	以前に凍結した胚を解冻して胚移植を実施												
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	卵胞が発育しない、又は採卵終了のため中止												
H	採卵準備中、体調不良等により治療中止												

新旧対照表

改正後（新）	改正前（旧）
<p>様式第3号</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>様</p> <p style="text-align: right;">広島県知事 印</p> <p style="text-align: center;">広島県特定不妊治療支援事業承認決定通知書</p> <p>令和 年 月 日付けで申請の特定不妊治療費等の助成について、承認すること 次の金額を助成することと決定しましたので通知します。 なお、この通知内容について不明な事項があるときは、決定通知日の翌日から起算して3 以内に広島県健康福祉局子供未来応援課まで連絡してください。</p> <p>助成することとした額 金 円</p> <p>(今回の決定：第____子 ____回目)</p>	<p>様式第3号</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>様</p> <p style="text-align: right;">広島県知事 印</p> <p style="text-align: center;">広島県特定不妊治療支援事業承認決定通知書</p> <p>令和 年 月 日付けで申請の特定不妊治療費等の助成について、承認すること 次の金額を助成することと決定しましたので通知します。 なお、この通知内容について不明な事項があるときは、決定通知日の翌日から起算して3 以内に広島県健康福祉局子供未来応援課まで連絡してください。</p> <p>助成することとした額 金 円</p> <p>(今回の決定：第____子 ____回目)</p>

新旧対照表

改正後（新）	改正前（旧）
<p>様式第4号</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p style="text-align: right;">広島県知事 印</p> <p style="text-align: center;">広島県特定不妊治療支援事業承認決定通知書</p> <p>令和 年 月 日付で申請の特定不妊治療費等の助成について、承認すること 次の金額を助成することと決定しましたので通知します。この決定は、令和 年 月 日付で助成決定した、あなたの第 子 回目の申請に係る追加決定です。 なお、この通知内容について不明な事項があるときは、決定通知日の翌日から起算して3 以内に広島県健康福祉局子供未来応援課まで連絡してください。</p> <p style="text-align: center;">助成することとした額 金 円</p> <p style="text-align: center;">(今回の決定：第 子 回目 の追加決定)</p>	<p>様式第4号</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p style="text-align: right;">広島県知事 印</p> <p style="text-align: center;">広島県特定不妊治療支援事業承認決定通知書</p> <p>令和 年 月 日付で申請の特定不妊治療費等の助成について、承認すること 次の金額を助成することと決定しましたので通知します。この決定は、令和 年 月 日付で助成決定した、あなたの第 子 回目の申請に係る追加決定です。 なお、この通知内容について不明な事項があるときは、決定通知日の翌日から起算して3 以内に広島県健康福祉局子供未来応援課まで連絡してください。</p> <p style="text-align: center;">助成することとした額 金 円</p> <p style="text-align: center;">(今回の決定：第 子 回目 の追加決定)</p>

新旧対照表

改正後（新）	改正前（旧）
<p>様式第5号</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p style="text-align: right;">広島県知事 印</p> <p style="text-align: center;">広島県特定不妊治療支援事業不承認決定通知書</p> <p>令和 年 月 日付けで申請の特定不妊治療費等の助成については、次の理由に、不承認と決定しましたので通知します。 なお、この通知内容について不明な事項があるときは、決定通知日の翌日から起算して3以内に広島県健康福祉局子供未来応援課まで連絡してください。</p> <p>理由</p>	<p>様式第5号</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p style="text-align: right;">広島県知事 印</p> <p style="text-align: center;">広島県特定不妊治療支援事業不承認決定通知書</p> <p>令和 年 月 日付けで申請の特定不妊治療費等の助成については、次の理由に、不承認と決定しましたので通知します。 なお、この通知内容について不明な事項があるときは、決定通知日の翌日から起算して3以内に広島県健康福祉局子供未来応援課まで連絡してください。</p> <p>理由</p>

新旧対照表

改正後（新）	改正前（旧）
<p>様式第6号</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>広島県知事様</p> <p style="text-align: center;">申請者名</p> <p>次の2名については、<u>事実婚関係</u>にあります。 また、<u>治療</u>により出生した子について認知を行う意向があります。</p> <p>(1) 夫の氏名、<u>住所</u></p> <p>氏名 _____</p> <p>住所 _____</p> <p>(2) 妻の氏名、<u>住所</u></p> <p>氏名 _____</p> <p>住所 _____</p> <p>※①と②が別世帯となっている場合は理由を記入してください。</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>様式第6号</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>広島県知事様</p> <p style="text-align: center;">申請者名</p> <p>次の2名については、<u>事実婚関係</u>にあります。 また、<u>治療</u>により出生した子について認知を行う意向があります。</p> <p>(1) 夫の氏名、<u>住所</u></p> <p>氏名 _____</p> <p>住所 _____</p> <p>(2) 妻の氏名、<u>住所</u></p> <p>氏名 _____</p> <p>住所 _____</p> <p>※①と②が別世帯となっている場合は理由を記入してください。</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

広島県特定不妊治療支援事業の概要

広島県では、不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、体外受精や顕微授精等の特定不妊治療及び男性不妊治療のうち、保険適用外となる検査・治療に要した費用の一部を助成します。

1 助成を受けることができる人

助成対象者は、次の要件を全て満たす方となります。

1	<input type="checkbox"/>	治療開始時に婚姻している夫婦 ^{※1} であって、申請時に広島県内 ^{※2} に住所を有すること
2	<input type="checkbox"/>	体外受精または顕微授精以外では、妊娠の見込みがないと医師が判断し、生殖補助医療の保険医療機関で特定不妊治療等 ^{※3} を受けたこと
3	<input type="checkbox"/>	治療期間初日における妻の年齢が 43歳未満 であること ^{※4}

※1 事実婚の方も対象となります。

※2 単身赴任等により、夫婦のいずれか一方のみが県内に住所を有する場合は、申請者が県内に居住の方の場合は可となります。

※3 特定不妊治療等とは、体外受精及び顕微授精並びに特定不妊治療を行うに当たり精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術（男性不妊治療）をいいます。

※4

～年齢・回数の特例措置について～

- 令和4年4月2日から令和4年9月30日までの間に妻が40歳の誕生日を迎える場合（昭和57年4月2日～昭和57年9月30日生まれの方）、初めて助成を受けた際の治療期間の初日が40歳の誕生日以後であっても、令和4年9月30日までであれば、回数制限の上限は通算6回とします。
- 令和4年4月2日から同年9月30日までの間に妻が43歳になる場合（昭和54年4月2日～昭和54年9月30日生まれの方）、初めて助成を受ける際の治療期間の初日が43歳の誕生日以後であっても、令和4年9月30日までであれば、1回に限り、助成の対象とします。

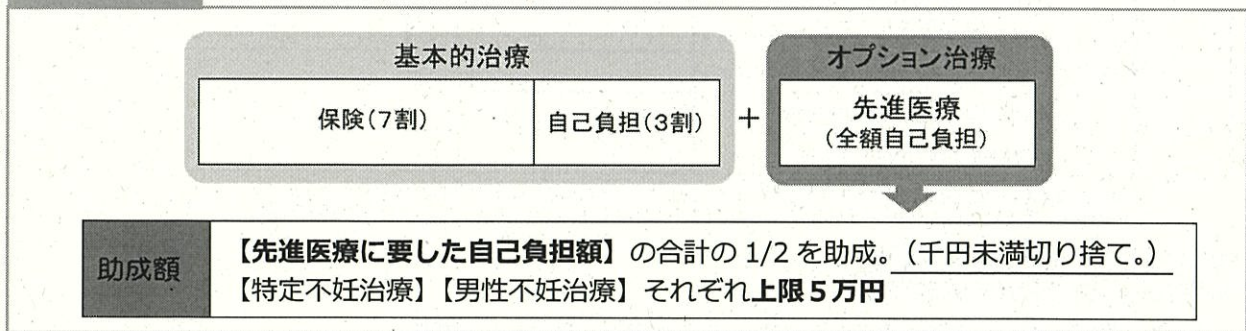
2 助成対象となる治療および助成額

令和4年4月1日以降に実施された治療（①または②）に応じ、治療に要した費用の一部を助成します。

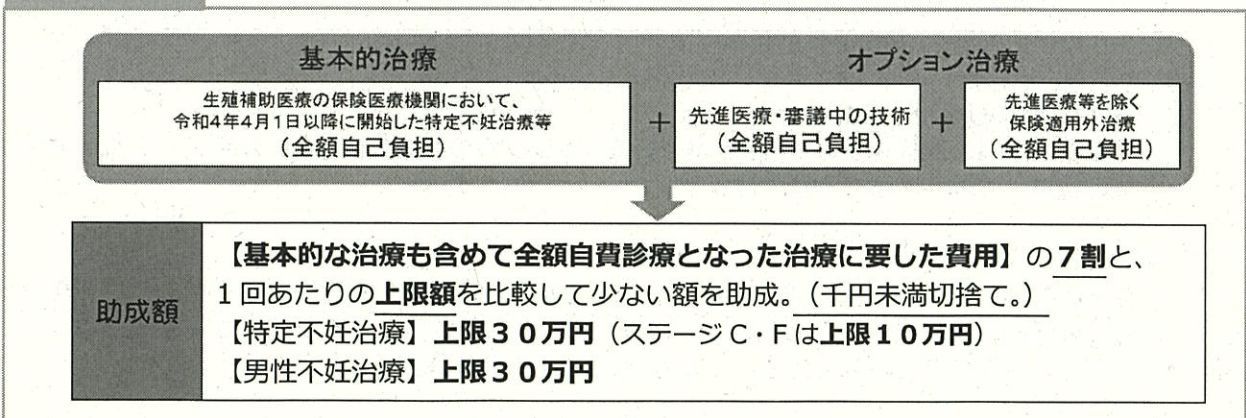
※**文書料**（証明書作成料）が発生した場合は、自己負担額に含めることができます。

※**院外処方**については、領収書（明細書含む）がある場合のみ含めることができます。

助成対象① 保険診療で実施される特定不妊治療等に併せて行われた先進医療（※5）



助成対象② 先進医療又は審議中の技術（※6）を併用することにより、本来保険適用となる特定不妊治療等も含め、全額自費診療となった治療



※5 先進医療とは

保険外の先進的な医療技術として認められたもので、保険診療と組み合わせることができます。ただし、医療技術ごとに保険診療との併用ができる医療機関が異なり、保険診療との併用ができない場合がありますので、受診している医療機関へご確認ください。

※6 審議中の技術とは

先進医療会議において審議が行われている治療等で、まだ保険診療との併用が認められていません。そのため、助成対象にはなりますが、一連の治療の中で保険が適用できる治療についても治療費が全額自己負担となりますので、この審議中の技術の実施については主治医とよくご相談ください。

対象となる保険医療機関や先進医療・審議中の技術については、
県 HP を随時更新していますので、こちらをご確認ください。



◆体外受精・顕微授精治療ステージの考え方◆

特定不妊治療には下表の A~H の 8 つのステージがあります。実施した治療がどのステージにあたるかは医療機関にご確認ください。それぞれのステージが終了した段階で 1 回とカウントします。1 回のステージごとに助成金の申請をしてください。

治療内容	採卵まで				採精(夫)	胚移植					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	受精(顕微授精)		新鮮胚移植		凍結胚移植				
						胚移植	黄体期補充療法	胚凍結	(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	1日	(胚移植のおおむね2週間後) 妊娠の確認
A	新鮮胚移植を実施										助成対象	
B	凍結胚移植を実施*											
C	以前に凍結した胚を解冻して胚移植を実施											
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	卵胎が発育しない、又は排卵終了のため中止										対象外	
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。

3 助成回数

(1) 助成回数 ※助成対象①と②の助成回数は合算してカウントします。

- 初めて助成を受けた際の治療期間の初日における妻の年齢が
- 40 歳未満の場合、43 歳になるまで 1 子ごとに 6 回
 - 40 歳以上の場合、43 歳になるまで 1 子ごとに 3 回

(2) 助成回数のリセットについて

特定不妊治療の助成を受けた後、出産(妊娠 12 週以降の死産を含む)した場合、これまで受けた助成回数をリセットすることができます。

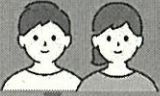
◆注意点◆

助成回数は、リセット後に初めて助成を受けた際の治療期間の初日における妻の年齢で再決定します。助成回数をリセットすることで、残りの助成回数が減ってしまう場合は、助成回数リセットを適用しませんのでご注意ください。(詳しくは県 HP をご確認ください。)

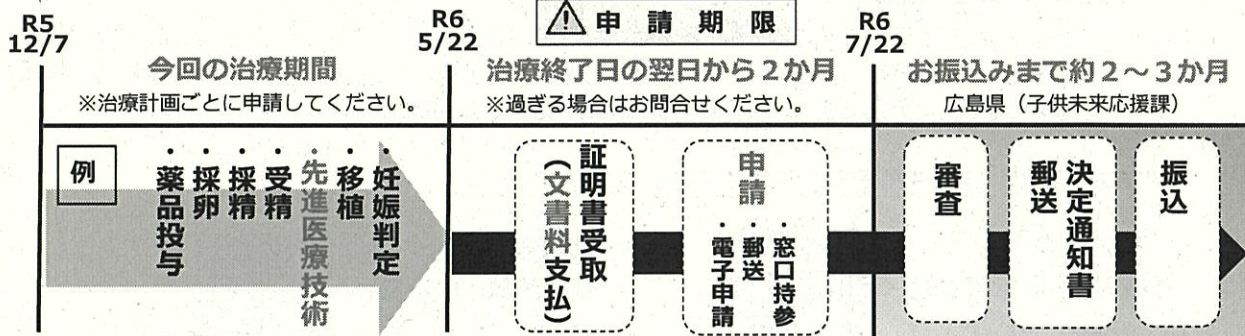
【治療開始～申請～振込まで】

【例】治療期間：令和5年12月7日～令和6年5月22日

夫婦で医療機関を受診。保険診療 or 自費診療等、治療計画をたてる。



先進医療技術等を使うことが決まったら、助成を受けたいことを伝えましょう！（証明書を依頼）



4 申請書類

申請様式は、各申請窓口での配布、県ホームページからダウンロードできる他、電子申請が可能です。
※添付書類（住民票等）は、すべて個人番号（マイナンバー）の記載のないものをご用意ください。

①	広島県特定不妊治療支援事業申請書（様式第1号）	助成対象①と②は申請書が異なりますのでご注意ください。 申請書記入例はこちら(県 HP)	
②	【医療機関が記入】 広島県特定不妊治療支援事業申請に係る証明書（様式第2号）	・夫婦が別の医療機関で受診した場合又は転院した場合は、それぞれの医療機関が作成した証明書が必要です。 ・証明書の作成には1か月程度時間を要する場合がありますので医療機関にご確認ください。	
③	戸籍謄本（全部事項証明書）の原本 ※抄本・附票不可	・初回申請時及び助成回数リセット時のみ必要です。 ただし、夫婦が別世帯の場合は、毎回添付が必要です。 ・事実婚の場合は、夫婦それぞれの戸籍謄本が必要です。	
④	広島県内の住所を確認できる住民票 ※申請日の3か月以内に発行された原本	・助成対象者の住所等を住民基本台帳で確認することを①において承諾する場合は、住民票の添付を省略できます。 ただし、「事実婚」、「別世帯で県外居住者」は省略不可。 ・事実婚の場合は、世帯全員記載・続柄記載のものをご取得してください。 ・夫婦が別世帯の場合は、それぞれの住民票が必要です。	
⑤	医療機関が発行する領収書（明細書含む）の写し	【助成対象①の場合】 助成対象となる先進医療・文書料に係る領収書及び明細書 【助成対象②の場合】 （ア）助成対象となる費用（領収金額）に係る領収書 （イ）（ア）のうち、先進医療等・文書料に係る明細書	
⑥	振込先口座の通帳の写し	口座番号・口座名義人・銀行本支店コード等が記載された頁（紙媒体が無い場合は、アプリ画面などを印刷したもの）	

※以下の書類は、該当する場合に提出してください。

⑦	院外薬局が発行する領収書（明細書含む）の写し	処方箋の発行医療機関・発行日が確認できるものを提出してください。
⑧	事実婚関係に関する申立書（様式第5号）	事実婚の場合のみ提出してください。
⑨	遅延理由書	申請期限を過ぎる場合に提出してください。 ※ただし年度を超える申請は受付できません。
⑩	死産証明書（写）または母子手帳の出産のページ（写）	死産によるリセットの場合に提出してください。
⑪	委任状（押印済の原本）	申請者と異なる口座名義人の場合に提出してください。

5 申請方法

次のいずれかの方法で申請してください。

- (1) お住まいの市町の申請窓口（県の保健所・支所または広島県庁子供未来応援課）へ申請
申請書類を揃えて窓口へ提出してください。（郵送可）なお、お住まいの市町毎の申請窓口は、「7 申請窓口」をご確認ください。
- (2) 広島県電子申請システムでの申請
電子申請システムにより申請する場合は、「4 申請書類」のうち、②～⑥（該当する場合は⑦～⑪）の書類を「広島県庁子供未来応援課」へ郵送してください。（⑤～⑨については、電子申請システムにおいて、データ添付することも可能です。）

※助成対象によって電子申請窓口が異なりますのでご注意ください。

助成対象①
(先進医療への助成)
の申請 ⇒



助成対象②
(自費診療への助成)
の申請 ⇒



6 申請期限

対象となる治療が終了した日の翌日から起算して、原則 **2か月以内** に申請してください。

⚠ 治療が終了した日とは

- ・移植後の妊娠判定日（妊娠の有無は問わない）
- ・医師の判断によりやむを得ず治療を中止した日

※申請期限を超えている場合は申請を受理できないことがありますので、事前にご相談ください。

7 申請窓口

お住まいの市町	申請窓口		
大竹市・廿日市市	西部保健所（保健課）	廿日市市桜尾 2-2-68	0829-32-1181
広島市（※）・安芸高田市・府中町・海田町・熊野町・坂町・安芸太田町・北広島町	西部保健所広島支所（保健課）	広島市中区基町 10-52 農林庁舎 1階	082-513-5526
呉市（※）・江田島市	西部保健所呉支所（厚生保健課）	呉市西中央 1-3-25	0823-22-5400
竹原市・東広島市・大崎上島町	西部東保健所（保健課）	東広島市西条昭和 13-10	082-422-6911
三原市・尾道市・世羅町	東部保健所（保健課）	尾道市古浜町 26-12	0848-25-4641
福山市（※）・府中市・神石高原町	東部保健所福山支所（保健課）	福山市三吉町 1-1-1	084-921-1417
三次市・庄原市	北部保健所（保健課）	三次市十日市東 4-6-1	0824-63-5181
広島市・呉市・福山市（※）	子供未来応援課	広島市中区基町 10-52 本館 5階	082-513-3171

★上記のほか、広島県庁子供未来応援課（広島県庁本館（広島市中区基町 10-52）への郵送でも受付けています。

お問い合わせ 広島県健康福祉局子供未来応援課 ☎082-513-3171

8:30～17:15（土・日・祝日・年末年始除く）

申請様式のダウンロードや保険医療機関・助成対象の治療、よくある質問 Q&A 県内市町の助成制度など、詳しくは広島県のホームページをご覧ください。

広島県 特定不妊

検索



広島県特定不妊治療支援事業申請書

令和 年 月 日

広島県知事様

申請者氏名

関係書類を添えて、次のとおり広島県特定不妊治療費の助成を申請します。
 なお、助成決定後は、当該助成金を次の口座に振り込んでください。

助成対象者	(ふりがな) 氏名	生年月日	
	夫 ()	昭和 平成	年 月 日 (歳)
妻 ()	昭和 平成	年 月 日 (歳)	
住所 (申請者)	〒 電話 ()		
住所※1 (申請者と別世帯の 場合のみ記入)	〒 電話 ()		
助成申請額	特定不妊治療に係る医療機関の証明書の金額×1/2 領収金額 _____ 円×1/2 = _____ 円 ➡ (申請額 A) _____ 円 ※千円未満切り捨て ※5万円を超える場合は、5万円と記入		合計申請額 = (A+B) _____ 円
	男性不妊治療に係る医療機関の証明書の金額×1/2 領収金額 _____ 円×1/2 = _____ 円 ➡ (申請額 B) _____ 円 ※千円未満切り捨て ※5万円を超える場合は、5万円と記入		
過去の助成歴 ※2	1 広島県が令和4年度から実施しているこの事業の助成を過去に受けたことがありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 2 この助成を初めて受けた(受ける)際の治療開始時の妻の年齢 () 歳		
助成回数を リセットする 場合	【出産等により回数がリセットされる場合は記入してください】※死産の場合、生年月日・氏名不要 ・出生した子の氏名 () 生年月日 (年 月 日) ・回数のリセット後初めて受けた治療開始時の妻の年齢 () 歳		
振込先 ※3	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協	店 所
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) () 口座名義人
	口座番号	(右詰記入)	
住民票の省略 (※4)	<input type="checkbox"/> 私(申請者)及び配偶者の住所等を住民基本台帳で確認することに同意し、 住民票の添付を省略します。(該当の場合は☑)		
県 記 入 欄	過去の助成歴	特定不妊治療助成回数 先進 () 回 自費 () 回	男性不妊治療助成回数 先進 () 回 自費 () 回
	今回の申請回数	通算 () 回 (第 ____ 子 ____ 回目) <input type="checkbox"/> 台帳照合済み	

注) 太枠の中をご記入ください。なお、記載された個人情報は県が広島県特定不妊治療支援事業の助成及び助成状況の管理に使用し、本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

※1: 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

※2: 過去の助成回数を照会した結果、助成の上限を超えている場合には受理できませんので予めご了承ください。

※3: 申請者が口座名義人となっている口座を記入し、振込先口座の通帳の写し等(口座番号・支店・コード等が記入されているページ)を添付してください。

※4: 事実婚の方、別世帯で県外居住の方は、省略できません。

広島県特定不妊治療支援事業申請書

令和 ●年 ●月 ●日

広島県知事様

申請者氏名 広島 太郎

関係書類を添えて、次のとおり広島県特定不妊治療費の助成を申請します。
 なお、助成決定後は、当該助成金を次の口座に振り込んでください。

県内在住の方・振込先口座の名義人の方

助成対象者	夫	(ふりがな) 氏名 (ひろしま たろう) 広島 太郎	生年月日 昭和 平成 ●●年 ■月 ▲日 (◆歳)
	妻	(ひろしま はなこ) 広島 花子	昭和 平成 ○○年 □月 △日 (◇歳)
住所 (申請者)	〒730-8511 広島市中区基町 10 番 52 号 電話 082 (513) 3171		
住所※1 (申請者と別世帯の場合のみ記入)	〒 () 夫婦の住所が異なる場合や、引っ越し等で住民票の住所地以外への決定通知書の郵送を希望する場合は記入してください。		
過去の助成歴 ※2	特定不妊治療に係る医療機関の証明書の金額×1/2 領収金額 81,000 円×1/2 = 40,500 円 ➡ (申請額 A) 40,000 円 ※千円未満切り捨て ※5万円を超える場合は、5万円と記入		合計申請額 = (A+B) 77,000 円
	男性不妊治療に係る医療機関の証明書の金額×1/2 領収金額 75,000 円×1/2 = 37,000 円 ➡ (申請額 B) 37,000 円 ※千円未満切り捨て ※5万円を超える場合は、5万円と記入		
過去の助成歴 ※2	1 広島県が令和4年度から実施しているこの事業の助成を過去に受けたことがありますか <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある		
過去の助成歴 ※2	2 この助成を初めて受けた(受ける)際の治療開始時の妻の年齢 (32) 歳		
過去の助成歴 ※2	【出産等により回数のリセットされる場合は記入してください】※死産の場合、生年月日・氏名不要 ・出生した子の氏名 () 生年月日 (年 月 日) ・回数のリセット後初めて受けた治療開始時の妻の年齢 () 歳		
関係名	種別	銀行・組合 (ふりがな) 店 普通当座 (ひろしま たろう) 所 口座名義人 広島 太郎	金融機関コード 店番 0 1 6 9 1 1 1
	番号	9 8	申請者と口座名義人は同じ方を記入してください。(右詰記入)
	略	<input checked="" type="checkbox"/> 私(申請者)及び配偶者の住所等を住民基本台帳で確認することに同意し、住民票の添付を省略します。(該当の場合は☑)	
	略		
県記入欄	過去の助成歴	特定不妊治療助成回数 先進 () 回 自費 () 回	男性不妊治療助成回数 先進 () 回 自費 () 回
	今回の申請回数	通算 () 回 (第 子 回目)	<input type="checkbox"/> 台帳照合済み

令和4年4月から開始したこの事業について記入してください。自費診療への助成と回数を含算するため、「自費診療への助成」へ申請したことがある場合も、「ある」を選択してください。

広島県特定不妊治療支援事業の助成を受けた後、出産(妊娠12週以降の死産を含む)した場合、助成回数をリセットできます。リセットを希望する方は記入してください。(リセットにより回数が増える場合は、リセットしないことも可能です。)※死産の場合は、出生した子の氏名及び生年月日は記入不要です。

注) 太枠の中をご記入ください。なお、記載された個人情報は県が広島県特定不妊治療支援事業の助成及び助成状況の管理に使用し、の承諾なしに第三者に提供することはありません。

赤枠内は子供未来応援課で記載するため、申請者は記入不要です。

る場合に記入してください。照会した結果、助成の上限を超えている場合には受理できませんので予めご了承ください。人となっている口座を記入し、振込先口座の通帳の写し等(口座番号・支店・コード等が記入され添付してください。

※4: 事実婚の方、別世帯で県外居住の方は、省略できません。

広島県特定不妊治療支援事業申請書

令和 年 月 日

広島県知事様

申請者氏名

関係書類を添えて、次のとおり広島県特定不妊治療費の助成を申請します。
 なお、助成決定後は、当該助成金を次の口座に振り込んでください。

助成対象者		(ふりがな) 氏名	生年月日
	夫	()	昭和 平成 年 月 日 (歳)
妻	()	昭和 平成 年 月 日 (歳)	
住所 (申請者)	〒 _____ 電話 () _____		
住所※1 (申請者と別世帯の 場合のみ記入)	〒 _____ 電話 () _____		
助成申請額	治療費 特定不妊	様式第2号に記載の領収金額の7割の額(A)を算出します。 領収金額 _____ 円 × 0.7 = _____ 円(A) ※千円未満切捨て 上限300,000円(ステージC,Fは100,000円)と、 算出した7割の額(A)を比較して少ない額を記入	合計申請額 (ア+イ) _____ 円
	治療費 男性不妊	様式第2号に記載の領収金額の7割の額(B)を算出します。 領収金額 _____ 円 × 0.7 = _____ 円(B) ※千円未満切捨て 上限300,000円と、 算出した7割の額(B)を比較して少ない額を記入	
過去の助成歴 ※2	1 広島県が令和4年度から実施しているこの事業の助成を過去に受けたことがありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 2 この助成を初めて受けた(受ける)際の治療開始時の妻の年齢 () 歳		
助成回数 をリセットする 場合	【出産等により回数がりセットされる場合は記入してください】 ※死産の場合、生年月日・氏名不要 ・出生した子の氏名 () 生年月日 (年 月 日) ・回数のリセット後初めて受けた治療開始時の妻の年齢 () 歳		
振込先 ※3	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協	店 所
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) () 口座名義人
	口座番号	(右詰記入)	
住民票の省略 ※4	<input type="checkbox"/> 私(申請者)及び配偶者の住所等を住民基本台帳で確認することに同意し、 住民票の添付を省略します。(該当の場合は☑)		
県記入欄	過去の助成歴	特定不妊治療助成回数 先進 () 回 自費 () 回	男性不妊治療助成回数 先進 () 回 自費 () 回
	今回の申請回数	通算 () 回 (第 _____ 子 _____ 回目) <input type="checkbox"/> 台帳照合済み	

注) 太枠の中をご記入ください。なお、記載された個人情報は県が広島県特定不妊治療支援事業の助成及び助成状況の管理に使用し、本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

※1: 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

※2: 過去の助成回数を照会した結果、助成の上限を超えている場合には受理できませんので予めご了承ください。

※3: 申請者が口座名義人となっている口座を記入し、振込先口座の通帳の写し等(口座番号・支店・コード等が記入されているページ)を添付してください。

※4: 事実婚の方、別世帯で県外居住の方は、省略できません。

令和 ●年 ●月 ●日

広島県知事様

申請者氏名 広島 太郎

関係書類を添えて、次のとおり広島県特定不妊治療費の助成を申請します。

なお、助成決定後は、当該助成金を次の口座に振り込んでください。

県内在住の方・振込先口座の名義人の方

助成対象者	夫	(ふりがな) 氏名 (ひろしま たろう) 広島 太郎	昭和 平成	●●年 ■月 ▲日 (◆歳)
	妻	(ふりがな) 氏名 (ひろしま はなこ) 広島 花子	昭和 平成	〇〇年 □月 △日 (◇歳)
住所(申請者)	〒730-8511 広島市中区基町 10 番 52 号 電話 082 (513) 3171			
住所※1 (申請者と別世帯の場合のみ記入)	〒 () 夫婦の住所が異なる場合や、引っ越し等で住民票の住所地以外への決定通知書の郵送を希望する場合は記入してください。			
助成	特定不妊治療	様式第2号に記載の領収金額の7割の額(A)を算出します。 領収金額 570,000 円 × 0.7 = 399,000 円(A) ※千円未満切捨て 上限300,000円(ステージC,Fは100,000円)と、算出した7割の額(A)を比較して少ない額を記入		【申請額ア】 300,000 円
	先進医療	様式第2号に記載の領収金額の7割の額(B)を算出します。 領収金額 380,000 円 × 0.7 = 266,000 円(B) ※千円未満切捨て 上限300,000円と、算出した7割の額(B)を比較して少ない額を記入		【申請額イ】 266,000 円
		合計申請額 (ア+イ) 566,000 円		
1 広島県が令和4年度から実施しているこの事業の助成を過去に受けたことがありますか <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある				
2 この助成を初めて受けた(受ける)際の治療開始時の妻の年齢 (32) 歳				
【出産等により回数のリセットされる場合は記入してください】※死産の場合、生年月日・氏名不要 ・出生した子の氏名 () 生年月日 (年 月 日) ・回数のリセット後初めて受けた治療開始時の妻の年齢 () 歳				
金融機関名	銀行・組合 広島 金庫・農協		店 県庁支 所	金融機関コード 0 1 6 9
店番	1 1 1			
金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	(ひろしま たろう) 広島 太郎	
座番号	9 8	申請者と口座名義人は同じ方を記入してください。		(右詰記入)
省略	<input checked="" type="checkbox"/> 私(申請者)及び配偶者の住所等を住民基本台帳で確認することに同意し、住民票の添付を省略します。(該当の場合は☑)			
県記入欄	過去の助成歴	特定不妊治療助成回数 先進 () 回 自費 () 回		男性不妊治療助成回数 先進 () 回 自費 () 回
	今回の申請回数	通算 () 回 (第 子 回目)		<input type="checkbox"/> 台帳照合済み

令和4年4月から開始したこの事業について記入してください。先進医療への助成と回数を合算するため、「先進医療への助成」へ申請したことがある場合も、「ある」を選択してください。

広島県特定不妊治療支援事業の助成を受けた後、出産(妊娠12週以降の死産を含む)した場合、助成回数をリセットできます。リセットを希望する方は記入してください。(リセットにより回数が増える場合は、リセットしないことも可能です。)※死産の場合は、出生した子の氏名及び生年月日は記入不要です。

注) 太枠の中をご記入ください。なお、記載された個人情報は県が広島県特定不妊治療支援事業の助成及び助成状況の管理に使用し、承諾なしに第三者に提供することはありません。

赤枠内は子供未来応援課で記載するため、申請者は記入不要です。照会した結果、助成の上限を超えている場合には受理できませんので予めご了承ください。人となっている口座を記入し、振込先口座の通帳の写し等(口座番号・支店・コード等が記入されて)を添付してください。

※4: 事実婚の方、別世帯で県外居住の方は、省略できません。