

岡崎市不育症検査費補助金を申請される方へ

不育症検査費補助金交付とは

先進医療に位置付けられた不育症検査を対象に、不育症検査に要する費用の一部を補助することにより、不育症の方の経済的な負担の軽減を図ることを目的とする制度です。

補助対象となる検査

先進医療として行われる不育症検査「流死産検体を用いた遺伝子検査〈次世代シーケンサーを用いた流死産絨毛・胎児組織染色体検査〉」（令和4年11月30日厚生労働省告示第340号）及び「抗ネオセルフβ2グリコプロテインI複合体抗体検査」（令和7年5月30日厚生労働省告示第167号）を補助対象とします。

実施医療機関

次の(1)と(2)の両方に該当する医療機関。

- (1) 不育症に係る先進医療を実施する保険医療機関として届出を行っている又は承認されている医療機関であること。
- (2) 当該患者に対して、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であること。

全国の不育症の先進医療実施機関は、下記の厚生労働省のホームページでご確認いただけます。

○厚生労働省ホームページ「先進医療を実施している医療機関の一覧」

第2項先進医療技術【先進医療A】 番号24「流死産検体を用いた遺伝子検査」

番号29「抗ネオセルフβ2グリコプロテインI複合体抗体検査」

<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryo/kan02.html>

QRコードはこちら⇒



（注）流死産検体を用いた遺伝子検査及び抗ネオセルフβ2グリコプロテインI複合体抗体検査を実施する医療機関として承認された日以降に受けた検査が補助対象です。

補助対象者

次の(1)と(2)の条件の両方に該当するかた。

- (1) 申請時に岡崎市に住所を有するかた。
- (2) 既往流死産回数が合計2回以上あるかた。

申請期日

検査の終了日が

令和 7（2025）年 4 月 1 日から令和 8（2026）年 3 月 31 日までの方
⇒**令和 8（2026）年 3 月 31 日（火曜日）**までに申請してください。

※検査終了日が令和 8 年（2026 年）3 月 1 日～令和 8 年（2026 年）3 月 31 日までの方は、
令和 8 年 4 月 3 日（金）までに岡崎市保健所へご相談ください。

検査終了後、速やかに申請してください。

補助額

1 回の検査につき費用の 7 割に相当する額と 6 万円のいずれか少ない方の額。
（ただし 1,000 円未満は切り捨て。）

申請と交付の流れ

- (1) 検査終了後、申請書類等を整え、**岡崎市保健所へ電話（☎：0564-23-6962）にて申請受付予約をする。**
- (2) 岡崎市保健所に申請。
- (3) 交付の可否や補助金額の審査後、決定（交付または不交付）通知を送付。
※審査の結果により、不交付や申請額と補助額が異なる場合があります。
- (4) 岡崎市不育症検査費補助金請求書（様式第 3 号）（決定通知書同封）を岡崎市保健所へ提出。
- (5) 交付決定となった申請者の指定口座へ補助金の振り込み。
（請求書の提出から 2 か月程度かかることがあります。）

申請書類等

※消えるペンで記入された申請書類等は、受付ができませんのでご注意ください。

- ☐ 岡崎市不育症検査費補助金交付申請兼実績報告書（様式第 1 号）
- ☐ 岡崎市不育症検査費補助事業受検証明書（様式第 2 号）※医療機関が証明したもの
- ☐ 申請する検査に係る「領収書」（**原本**）とそのコピー
- ☐ 申請者名義の振込先口座番号の分かるもの（振込先は申請者名義の口座に限る。）

その他

確定申告（医療費控除）をする前に、補助金交付申請の手続きを行ってください。

申請予約・申請先

岡崎市保健所（岡崎げんき館 2 階） ※申請は電話にて事前に予約が必要です。

月曜日から金曜日 8 時 30 分から 17 時（祝日・年末年始を除く）

申請手続きなど、わからないことがありましたらご相談ください。

【問合せ先】

岡崎市保健所 健康増進課 電話 0564-23-6962 FAX 0564-23-5071

**申請書類等が整いましたら、
申請前に岡崎市保健所までご連絡ください。**

記入見本

様式第 1 号

岡崎市不育症検査費補助金交付申請兼実績報告書

日付は窓口でご記入いただきます。
空欄のままお持ちください。

(宛先) 岡 崎 市 長		令和 年 月 日	
(ふりがな) 申請者氏名	(おかざき はなこ) 岡 崎 花 子	生 年 月 日	平成 60 年 4 月 1 日 昭和 (40 歳)
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 岡崎市若宮町〇丁目×× コーポ 202		
電話 (日中、連絡のとれる番号をご記入ください)	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		
領収金額計	申請金額計		
金 96,000 円	金 60,000 円		
関係書類を添えて不育症検査費補助金の交付申請をします。 なお、不育症検査費補助金交付に係る下記の説明欄の事項について全て同意します。 ※ 自署又は記名押印すること。 申請者氏名 岡 崎 花 子			

1回の検査につき費用の7割に相当する額と6万円のいずれか少ない方の額(1,000円未満切り捨て)をご記入ください。

記入見本

様式第3号

岡崎市不育症検査費補助金請求書

日付は窓口でご記入いただきます。
空欄のままお持ちください。

(宛先) 岡 崎 市 長

令和 年 月 日

(ふりがな) 申請者氏名	(おかざき はなこ) 岡崎 花子	生 年 月 日	平成 昭和	60 年 4 月 1 日
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 岡崎市若宮町〇丁目×× コーポ 202			
請求金額計 金 60,000 円				
振 込 先	金融機関の 名称	〇〇 銀 行 〇〇 信用金庫 農業協同組合	本店 支店 出張所	支店番号 1 2 3
	預金種別	普通 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7 ←左詰で記入
	(ふりがな) 口座名義人	おかざき はなこ 岡崎 花子		
令和 年 月 日付けで申請し、交付決定された岡崎市不育症検査費補助金について上記 のとおり請求します。 ※ 自署又は記名押印すること。				
日付は窓口でご記入いただきます。 空欄のままお持ちください。		申請者氏名 岡崎 花子		

口座名義人は、申請者と同一の者に
限ります。

注) 口座名義人は、申請者と同一の者に限ります。

- ・決定通知書の受け取り後、提出が必要です。
- ・請求書を提出する際は、申請者名義の振込先口座番号の分かるもの(振込先は申請者名義の口座に限る。)をお持ちください。
- ・申請書類提出時に請求書の確認も行いますので、可能な方はご記入の上、一緒にお持ちください。