

平成29年度「不妊に悩む方への特定治療支援事業」 についてお聞きします

自治体名（都道府県・市） _____

部署名 _____

担当者名 _____

メールアドレス _____

1. 治療ステージ別の助成件数と助成人数、受診等証明書に記載された領収金額の平均および最低金額と最高金額をそれぞれご記入ください。なお、「不妊に悩む方への特定治療支援事業」（国制度）で規定された助成部分についてご回答ください。

		助成件数	助成人数	領収金額		
				平均金額	最低金額	最高金額
A	新鮮胚移植を実施					
	体外受精 顕微授精*					
B	凍結胚移植を実施					
	体外受精 顕微授精*					
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					
☆	精子を精巣等から採取するための手術					

* 体外受精と顕微授精を両方実施した場合は、顕微授精としてご報告ください。

2. 治療者（女性）の年齢別の助成件数と助成人数をご記入ください。なお、国制度で規定された助成部分についてご回答ください。

年齢（歳）	24以下	25	26	27	28	29	30	31	32
件数									
人数									

年齢（歳）	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
件数										
人数										

3. 貴実施主体では、平成29年4月1日時点で、国制度に加えて、不妊治療に関わる独自の公費負担制度を実施していますか？ 当てはまる項目に○をつけてください。また、実施している場合にはその後の質問にもお答えください。

- () 実施していない
- () 実施している

→ 実施していると答えた場合のみご記入ください。

独自の公費負担制度として実施している項目に○をつけ、その方法・条件などできるだけ具体的にご記入ください。書き切れない場合は別紙に記載いただくか、資料を添付していただく形でも結構です。

- () 対象者の年齢制限の変更を行っている

- () 助成回数を増やしている

- () 助成金額を増やしている

- () 対象者の所得制限の変更を行っている

- () 一般不妊治療や不妊検査への助成も行っている

- () その他

※ 指定都市、中核市のご担当者の方への質問はここまでとなります。

4. 都道府県のご担当者にお伺いします。都道府県内の区(特別区)市町村独自の公費負担制度の実施状況(平成29年4月1日時点)についてお知らせください。

- () 区市町村の実施状況は把握していない。
- () 都道府県内に独自の公費負担制度を設けている区市町村はない。
- () 都道府県内に独自の公費負担制度を設けている区市町村がある。

→独自の制度がある場合、その区市町村名をご記入ください。

書き切れない場合は別紙に記載いただくか、参考資料の添付をお願いします。

ご協力ありがとうございました。