

大田市告示第162号

大田市一般不妊治療費等助成金交付要綱（平成22年大田市告示第37号）の一部を次のように改正する。

令和4年10月4日

大田市長 楫野弘和

題名を次のように改める。

大田市不妊治療費助成金交付要綱

第1条中「一般不妊治療等」を「不妊治療」に改める。

第2条第2項中「一般不妊治療等」を「不妊治療」に改め、「及び人工授精」を削り、同条第3項中「一般不妊治療」を「不妊治療」に改める。

第3条第3号を削り、同条第2号中「夫又は」を「夫及び」に改め、同号を同条第3号とし、同条第1号を同条第2号とし、同号の前に次の1号を加える。

(1) 不妊治療が必要との診断を受け、医療機関で治療を受けている者
第3条に次の1号を加える。

(4) 他の市町村から助成の対象の治療費に対する同種の助成金の給付を受けていないこと。

第4条第1項中「大田市一般不妊治療費等助成金」を「大田市不妊治療費助成金」に改め、「又は人工授精」を削り、同条第2項ただし書を削り、同項各号を次のように改める。

(1) 不妊治療を開始した日の属する月から起算して12月

(2) 不妊治療を1年以上継続する場合、前回の助成金の交付対象となる期間が満了する月以降に不妊治療を実施した日の属する月から起算して12月

第5条第1項中「一般不妊治療等助成金交付申請書兼請求書」を「不妊・不育症治療助成金交付申請書兼請求書」に改め、「期間の」の次に「満了月の」を加え、同項第1号中「一般不妊治療等証明書」を「不妊治療医師証明書」に改め、同項第2号中「一般不妊治療等」を「不妊治療」に、「領収書の写し」を「医療機関の領収書及び明細書」に改め、同項中第3号を第5号とし、第2号の次に次の2号を加える。

(3) 限度額認定証等（医療保険各法又は医療保険各法以外の法令等の規定による高額療養費給付後の自己負担限度額が分かる書類）

(4) 戸籍謄本その他の婚姻関係を証明できる書類（夫及び妻が同一世帯に属さない場合に限る。）

第5条第2項中「第1期分の」を「一度、」に、「一般不妊治療等」を「継続して不妊治療」に、「第2期分」を「次」に改める。

第6条中「一般不妊治療等助成金交付決定（却下）通知書」を「不妊治療費助成金交付決定（却下）通知書」に改める。

様式第1号から様式第3号までを次のように改める。

大田市長 様

申請者 住所

氏名

印

電話番号() ー

不妊・不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

※太枠内は申請者が記入

| | | |
|------------------|--|---------------------|
| 区 分 | ふりがな 氏 名 | 生 年 月 日 |
| 夫 | | 年 月 日生 |
| 妻 | | 年 月 日生 |
| 住所 | 〒 電話() ー | |
| 住所(※1) | 〒 電話() ー | |
| 治療内容 | <input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 不育症治療 | |
| 指 定 口 座 | 金融機関名 | 銀行・金庫・農協 |
| | 同店舗名 | 本店・本所・支店・支所・出張所・代理店 |
| | 口座種別 | 1 普通 2 当座 3 その他() |
| | 口座番号 | |
| | 口座名義人 | フリガナ |
| 加入保険(夫) | 【種別】 健保・国保・船員・共済・その他() 【記号】 【番号】 | |
| 加入保険(妻) | 【種別】 健保・国保・船員・共済・その他() 【記号】 【番号】 | |
| 自己負担金合計 | 円 | |
| 助成金額 | 円 | |

同意書

不妊・不育症治療費助成決定のために、私と配偶者の住民基本台帳について、確認することを同意します。

申請者

※1 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合に記入してください。

【添付書類】

- 不妊(不育症)治療医師証明書(様式第2号)
- 不妊・不育症治療等に要した費用の領収書・明細書(原本)
- 限度額認定証等(不妊治療費申請時のみ必要)
- 助成対象となる本人の保険証(写し) ※初回申請時必要。2回目申請以降は変更があった場合のみ必要。
- 振込口座名義・口座番号の確認書類(通帳写し)

(以下必要な方のみ)

- 夫婦が同一世帯でない場合、戸籍謄本等証明書類

| | | | | | |
|-----------|-----------|-----------|------------|--------------------|-----|
| 支払日 決定 | 助成額 決定 | 助成額 算出 | 保険証 確認欄 | 住基 確認欄 年 月 日 | 受付印 |
| | | | | | |

年 月 日

大田市長 様

医療機関

住 所
名 称
医 師

㊟

不妊治療医師証明書

下記の者については、不妊に対しての検査及び治療が必要であること（又はあったこと）を証明します。

太枠内は、受診者が記入してください。

| | | | | | |
|---------------|-----|---|--|--------|--|
| ふりがな 受診者氏名 | | 夫 | | 妻 | |
| 生 年 月 日 | | 年 月 日生 | | 年 月 日生 | |
| 住 所 | | | | | |
| 主たる検査 | | チェック又は記入をしてください。 | | | |
| | | (夫) <input type="checkbox"/> 精液検査 | (妻) <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 治療内容 | 一般 | チェック又は記入をしてください。 <input type="checkbox"/> タイミング療法 【実施 (回) 】 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 【実施 (回) 】 <input type="checkbox"/> 人工授精 【実施 (回) 】 | | | |
| | 生殖 | <input type="checkbox"/> 採卵 【実施 (回) 】 <input type="checkbox"/> 授精 【実施 (回) 】 <input type="checkbox"/> 体外受精 【実施 (回) 】 <input type="checkbox"/> 顕微授精 【実施 (回) 】 <input type="checkbox"/> 受精卵、胚培養 【実施 (回) 】 <input type="checkbox"/> 胚凍結保存 【実施 (回) 】 <input type="checkbox"/> 胚移植 【実施 (回) 】 | | | |
| | その他 | <input type="checkbox"/> 手術療法 【 】 <input type="checkbox"/> その他 【 】 | | | |
| 院外処方の有無 | | 有 ・ 無 | | | |
| 初回受診日※ | | 年 月 日 受診 | | | |
| 生殖補助医療治療開始日 | | 年 月 日 (実施している場合のみ記入) | | | |
| 特記事項 | | | | | |

- 注意事項 ※初回受診日は、申請者が治療費助成に申請する治療の初回受診日を記載すること。
- 規定以外の事項が発生した場合には、特記事項欄にその旨を記入してください。
 - 他の医療機関を紹介等した場合、特記事項欄にその理由及び医療機関名を記入してください。
 - 自己都合により複数の医療機関に受診する場合にはそれぞれの医療機関の医師証明書が必要です。

様式第3号(第6条関係)

指令番号
年 月 日

様

大田市長

印

不妊治療費助成金交付決定(却下)通知書

年 月 日付けで申請のありました不妊治療費助成金の交付について、
下記のとおり決定(却下)しましたので、大田市不妊治療費助成金交付要綱第6条の規定
により通知します。

記

1. 交付金額 円

この交付決定は 年 月 日～ 年 月 日までの治療費を対象とする。

| No. | 対象者 | 内容 | 診療日及び調剤日 | 負担金総額 (円) | 市助成額 (円) |
|-----|-----|----|----------|--------------|-------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| | | | | | |

2. 交付日 助成金は、 年 月 日に指定口座に振り込みます。

(却下理由)

附 則

- 1 この告示は、令和4年10月4日から施行し、令和4年4月1日から適用する。
- 2 この告示の改正前から不妊治療を開始しており、第4条第2項に規定する期間の満了月が、令和4年4月から令和5年1月までの月に当たる者については、第5条第1項の規定に関わらず、助成金の申請期限を令和5年3月末までとする。
- 3 この告示の施行の際、現に交付されている改正前の様式第1号及び様式第2号による用紙は、改正後においても治療内容に変更がない場合は、この告示による改正後の様式第1号及び様式第2号による用紙とみなして、当分の間、なお使用することができる。