

大田市告示第163号

大田市不育症治療費助成金交付要綱を次のように定める。

令和4年10月4日

大田市長 楫野弘和

大田市不育症治療費助成金交付要綱

(目的)

第1条 市は、不育症治療を受けている夫婦に対して不育症治療に要する費用を助成することにより、当該夫婦の経済的負担を軽減し、もって少子化対策の推進に寄与することを目的として、不育症治療費助成金（以下「助成金」という。）を支給することとし、その支給に関しては、大田市補助金等交付規則（平成17年大田市規則第45号）に定めるもののほか、この要綱の定めるところによる。

(定義)

第2条 この要綱において「社会保険各法」とは、次の各号に掲げる法律及びこれに基づく命令をいう。

- (1) 健康保険法（大正11年法律第70号）
- (2) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）
- (3) 船員保険法（昭和14年法律第73号）
- (4) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- (5) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
- (6) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）

2 この要綱において「一治療期間」とは、妊娠後に不育症治療を開始した日から出産（流産又は死産を含む。）により当該治療が終了するまでの期間とする。

(助成対象者等)

第3条 助成の対象となる者は、次の各号のいずれにも該当する夫婦とする。

- (1) 市内に住所を有する夫婦（婚姻の届出をしている者に限る。いずれか一方が市内に住所を有する場合を含む。）であること。
- (2) 夫及び妻が社会保険各法による医療保険の被保険者、組合員又は

被扶養者であること。

(3) 一般社団法人日本生殖医学会が認定した生殖医療専門医が所属する医療機関又は同等の能力を有する医療機関において不育症と診断を受け、不育症治療を受けていること。

(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。

2 助成の対象となる費用は、妊娠後の不育症治療に要した費用とする（文書料、個室料等の治療に直接関係のない費用及び検査に係る費用を除く。）。ただし、市内に住所を有する期間に治療を受けたものに限る。
（助成金額）

第4条 助成金の額は、前条第2項に規定する費用に相当する額とする。
ただし、同一の夫婦につき、一治療期間につき5万円を上限とする。
（交付申請等）

第5条 助成金の交付を受けようとする者は、不妊・不育症治療費助成金交付申請書兼請求書（様式第1号）に次に掲げる書類を添付して、一治療期間が終了した年度の3月31日までに市長に提出しなければならない。

(1) 不育症治療医師証明書（様式第2号）

(2) 不育症治療費に係る医療機関等の領収書及び明細書

(3) 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。）

(4) その他市長が必要と認める書類

（交付決定）

第6条 市長は、前条の申請があったときは、速やかに内容を審査し、助成の可否を決定し、不育症治療費助成金交付決定（却下）通知書（様式第3号）により申請者に通知するものとする。

（交付決定の取消し等）

第7条 市長は、虚偽の申請その他不正の手段により助成金の交付決定を受け、又は助成金の交付を受けた者に対し、その決定を取り消し、又は助成金の返還を命ずるものとする。

（その他）

第8条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

- 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。

(失効)

- 2 この告示は、令和7年3月31日限り、その効力を失う。ただし、同日までに申請のあった助成金については、同日後もなおその効力を有する。

大田市長 様

申請者 住所

氏名

印

電話番号() —

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() —	
住所(※1)	〒 電話() —	
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

大田市長 様

医療機関
住所
名称
医師

印

不育症治療医師証明書

下記の者については、不妊に対しての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	
受診者生年月日		年 月 日生（歳）		年 月 日生（歳）
不育症治療を 必要とした理由				
治療方法	<input type="checkbox"/> 抗血小板療法 <input type="checkbox"/> 免疫抑制療法 <input type="checkbox"/> 抗凝固体療法 <input type="checkbox"/> 漢方療法 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
治療期間	年 月 日～ 年 月 日			
特記事項				

【注意事項】

- 1 太枠内は、あらかじめ申請者が記入してください。
- 2 不育症治療を必要とした理由には、人工妊娠中絶によるものは含めないでください。
- 3 治療期間には、不育症の治療を開始した日から出産（流産及び死産を含む。）により当該治療が終了した日までの期間を記入してください（妊娠前の検査、治療については、期間に含めないでください。）。

様式第3号(第6条関係)

指令番号
年 月 日

様

大田市長

印

不育症治療費助成金交付決定(却下)通知書

年 月 日付で申請のありました不育症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、大田市不育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)