

津奈木町一般不妊治療費助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、人工授精による不妊治療を受けている夫婦の精神的及び経済的な負担の軽減を図り、もって町民が安心して子どもを生み育てることができる環境づくりを推進するため、一般不妊治療費助成事業の実施のために必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に定める用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

(1) 医療保険各法 次に掲げる法律をいう。

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

(2) 不妊治療費 不妊症に係る保険診療適用外の治療費をいう。ただし、医療保険関係法令に基づく保険者又は共済組合の規約等の定めるところより、その一般不妊治療に要する費用に対し給付が行われる場合は、その額を控除した額とする。

(3) 一般不妊治療 人工授精による不妊治療のうち、検査、投薬、処置等で医療保険各法に規定する療養の給付の適用外となるものをいう。ただし、次に掲げるものを除く。

- ア 夫婦以外の第三者からの精子、卵子又は胚の提供によるもの
- イ 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し、及び出産するもの

(4) 医療機関等 産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標ぼうする医療機関又は調剤薬局をいう。

(助成対象者)

第3条 本事業の助成対象者は、次の掲げる要件のすべてを満たす者とする。

- (1) 夫婦（事実婚を含む。以下、同じ。）であること
- (2) 夫婦のいずれかが当該助成の申請を行う日の1年以上前から引き続き町内に住所を有し、かつ、居住していること
- (3) 医療保険各法に基づく被保険者、組合員若しくはそれらの者の被扶養者又は生活保護受給者であること。
- (4) 医療機関において不妊症と診断された夫婦であること
- (5) 治療助成の申請日における妻の年齢が40歳以下であること
- (6) 夫及び妻の前年の所得(児童手当法施行令(昭和46年政令第281号)第2条に規定する所得について、同令第3条に規定する計算方法により算出した額をいう。以下同じ。)の合計額(1月から5月までの申請については前々年の所得の合計額をいう。)が730万円未満である者
- (7) 助成を申請しようとする治療について、本町以外の地方公共団体から助成を受けていないこと。
- (8) 夫婦の属する世帯全員の町税等の滞納がないこと。

(助成の対象となる費用)

第4条 助成の対象となる費用(以下「対象経費」という。)は、一般不妊治療に要した費用(文書料、個室料等治療に直接関係のない費用を除く。)及び一般不妊治療に関し、医

療機関において交付された処方せんにより薬局に支払った費用とする。

(助成金の額)

第5条 助成金の額は、不妊治療費に対して、夫婦1組につき5万円を上限とする

(交付申請)

第6条 助成を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、津奈木町一般不妊治療費助成事業申請書兼請求書(様式第1号)に次に掲げる書類を添えて、一般不妊治療を受けた日の属する月の初日から1年以内に、町長に提出しなければならない。ただし、(4)から(7)の書類については、申請者の同意を得て町内で確認が可能な場合は省略できるものとする。

(1) 津奈木町一般不妊治療費助成事業助成金医療機関証明書(様式第2号)

(2) 津奈木町一般不妊治療費助成事業助成金薬剤支払証明書(様式第3号)

(3) 一般不妊治療費に係る領収書の写し

(4) 婚姻関係を証明できる書類(事実婚の場合:住民票の続柄に夫(未届)、妻(未届)等の記載があり、他に法律上の配偶者がいないことを証明するもの等。)

(5) 住民票

(6) 児童手当法施行令による控除が確認できる所得証明書

(7) 夫婦の属する世帯全員の町税等の未納のない証明

(交付決定及び助成金の額の確定)

第7条 町長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、助成金の交付の可否を決定したときは、津奈木町一般不妊治療費助成事業助成金交付決定通知書(様式第4号)により申請者に通知するものとする。

2 町長は、前条の規定による申請書を受理した場合において、その内容の審査を行い、助成金の交付を行わないことを決定したときは、津奈木町一般不妊治療費助成事業助成金不交付決定通知書(第5号様式)により申請者に通知するものとする。

(助成状況の把握)

第8条 町長は、本事業の適正な執行を管理するため、津奈木町一般不妊治療費助成事業台帳(第6号様式)を備えるものとする。

(助成金の返還)

第9条 町長は、偽りその他不正の行為によって助成金の支給を受けた者がいるときは、当該助成金の全部又は一部を返還させるものとする。

(その他)

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

(施行日)

1 この告示は、令和元年10月1日(以下「施行日」という。)から施行する。

(経過措置)

2 施行日の前日において既に一般不妊治療中であるものについては、施行日以後に行った一般不妊治療に限り助成対象とする。

様式第1号（第6条関係）

津奈木町一般不妊治療費助成事業申請書兼請求書

年 月 日

津奈木町長 様

申請者（口座名義人と同一）

住 所

氏 名

印

電話番号

()

関係書類を添えて次のとおり、一般不妊治療費の助成を申請・請求します。

	氏 名		生年月日及び年齢	
夫	(ふりがな)		年 月 日生 (歳)	
妻	(ふりがな)		年 月 日生 (歳)	
住 所 (夫)	津奈木町		電話番号 ()	
住 所 (妻)	津奈木町		電話番号 ()	
び 申 請 請 求 及	助成歴	無 有 (回：市町村)		
	助成対象額	円 (領収書の合計金額)		
振 込 口 座	金 融 機 関 名	銀行・金庫・農協・信用組合		支店名 支所名 本店・支店・支所
	預金種別	普通 ・ 当座		(フリガナ) 口座名義人
	口座番号			申請者の口座に限ります。 (上野欄に右詰めで記入してください。) 郵便記号番号の場合は下の欄に記入ください

添付書類（様式第1号の2の同意書を添付し、町で内容確認出来る場合は(4)から(7)は省略できます。）

- (1) 津奈木町一般不妊治療費助成事業助成金医療機関証明書（様式第2号）
- (2) 津奈木町一般不妊治療費助成事業助成金薬剤支払証明書（様式第3号）
- (3) 一般不妊治療費に係る領収書の写し
- (4) 婚姻関係を証明できる書類（事実婚の場合：住民票の続柄に夫（未届）、妻（未届）等の記載があり、他に法律上の配偶者がいないことを証明するもの等。）
- (5) 住民票
- (6) 児童手当法施行令による控除が確認できる所得証明書
- (7) 夫婦の属する世帯全員の町税等の未納のない証明

申請受理年月日	決定年月日	結果	交付決定額
	年 月 日	承認	円
		不承認	

様式第1号の2

津奈木町一般不妊治療費助成事業に関する同意書

年 月 日

津奈木町長 様

申請者
住所
氏名

印

津奈木町一般不妊治療費助成事業助成金交付申請に関する下記の事項について、町が関係機関等に必要事項を確認することに同意します。

記

<確認事項>

1. 助成金交付の審査のための必要事項の閲覧について
 - (1) 住民基本台帳又は外国人登録原票(町内に引き続き1年間住所を有することの確認のため)
 - (2) 前年所得状況及び納付状況
 - * 1月から5月の申請にあたっては、前々年の所得状況及び納付状況を確認します。
 - (3) 戸籍(法律上の婚姻の届け出をしている夫婦であることの確認のため)
 - * 津奈木町に本籍がある夫婦に限ります。
2. 助成実績について
 - (1) 前住所地の自治体へ、一般不妊治療又は不育治療に対する助成金等の受給実績についての照会を行います。
 - (2) 本町より転出された場合、他の自治体から本町へ一般不妊治療又は不育治療に対する助成金交付についての照会があった場合それに回答します。
3. 高額療養費支給等に関する確認について
 - (1) 医療費の自己負担額が高額となった場合、一定の金額(自己負担限度額)を超えた部分が払い戻される高額療養費等について、保険者へ照会します。
4. 治療状況等について
 - (1) 治療状況などについて医療機関及び調剤薬局等に照会します。

<個人情報の保護について>

津奈木町は、この事業で知り得た情報について、申請者のプライバシーには十分配慮し、秘密保持を厳守するとともに、情報の取り扱いには十分留意します。

<助成金の返還について>

虚偽の申請、その他の不正手段により助成金の交付決定を受けた場合は、支給された助成金を返還していただくことがあります。

様式第2号（第6条関係）

津奈木町一般不妊治療費助成事業助成金医療機関証明書

下記の者については、次のとおり人工授精を実施し、これに係る医療費等（保険外診療分）を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 名 称
所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医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(歳)		年 月 日(歳)
人工授精の 実施状況	人工授精に関わる治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
	※医師の診断等により治療を中断した場合に記入してください。 (治療中断期間) 年 月 日 ~ 年 月 日 (事由)			
	人工授精実施回数		回	
今回の治療結果	1. 妊娠成立 2. 妊娠に至らず 3. 治療継続中 4. その他 () 該当する番号に○を付けてください。			
本人負担額 の内訳	区分	人工授精年月日	実費（保険適用外）負担金	
	年 月分	年 月 日	円	
	年 月分	年 月 日	円	
	年 月分	年 月 日	円	
	年 月分	年 月 日	円	
	年 月分	年 月 日	円	
	年 月分	年 月 日	円	
	年 月分	年 月 日	円	
	年 月分	年 月 日	円	
	年 月分	年 月 日	円	
	年 月分	年 月 日	円	
	年 月分	年 月 日	円	
	合計金額			円

※ 1 当該患者に関して行った人工授精（医療保険関係法令に基づく給付の対象とならないものに限る。）に係る自己負担額のみ記入してください。ただし、文書料、個室料等の人工授精に直接関係のない費用は含めないでください。

様式第3号（第6条関係）

津奈木町一般不妊治療費助成事業助成金薬剤支払証明書

下記の者については、次のとおり人工授精の治療に係る薬剤について、医療機関の処方せんにより調剤し、これに係る薬剤費（保険外診療分）を徴収したことを証明します。

年 月 日

薬局の名称

所在地

㊞

（院内薬局の場合は医療機関名、主治医名等を記入ください。）

- ・ 薬局記入欄（薬局等の代表者等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 (歳)		年 月 日 (歳)
本人負担額の内訳	区分 (処方された月)	実費負担額 (保険外診療分)		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	合計金額		円	

注 人工授精の治療のために処方された薬剤以外の費用は含めないでください。

様式第4号（第7条関係）

第 号
年 月 日

（申請者）

様

津奈木町長

津奈木町一般不妊治療費助成事業助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった不妊治療に要した費用の助成について、下記の金額を助成することを決定したので通知します。

金額 金 _____ 円

※助成金は _____ 年 _____ 月 _____ 日までに指定された口座へ振り込みますので、期日以降にご確認ください。

様式第5号（第7条関係）

第 号
年 月 日

（申請者）

様

津奈木町長

津奈木町一般不妊治療費助成事業助成金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった不妊治療に要した費用の助成について、下記理由により不承認とすることを決定したので通知します。

不承認の理由 のため

様式第6号（第8条関係）

津奈木町一般不妊治療費助成事業台帳

申請者		生年月日	
(ふりがな) 夫	()	年 月 日 (歳)	
(ふりがな) 妻	()	年 月 日 (歳)	
住所(夫)	〒 電話 ()		
住所(妻) <small>※夫と異なる場合のみ</small>	〒 電話 ()		
備考			

申請受理年月日	(承認・不承認) 決定年月日	助成額	医療機関	人口受精 実施回数
				母子手帳 交付年月日
年 月 日	(承認・不承認) 年 月 日			
年 月 日	(承認・不承認) 年 月 日			
年 月 日	(承認・不承認) 年 月 日			
年 月 日	(承認・不承認) 年 月 日			
年 月 日	(承認・不承認) 年 月 日			
年 月 日	(承認・不承認) 年 月 日			
年 月 日	(承認・不承認) 年 月 日			
年 月 日	(承認・不承認) 年 月 日			
年 月 日	(承認・不承認) 年 月 日			

※他での助成状況(他都道府県・市町村において実績のある場合に記載)

都道府県名 (市町村名)	(承認・不承認) 決定年月日	助成額	医療機関	人口受精 実施回数
	(承認・不承認) 年 月 日			
	(承認・不承認) 年 月 日			