

津奈木町告示第21号

津奈木町生殖補助医療費助成事業実施要綱を次のように定める。

令和5年3月28日

津奈木町長 山田 豊隆

津奈木町生殖補助医療費助成事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この告示は、不妊治療を受ける夫婦の経済的負担の軽減を図るため、体外受精又は顕微授精（以下「生殖補助医療」という。）に係る費用（以下「生殖補助医療費」という。）の助成に関し必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この告示において、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) 自己負担金 対象者の生殖補助医療について医療保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合において、被保険者、組合員、又は被扶養者が負担すべき額（当該医療費に対する他の法令に基づく給付及び付加給付金がある場合はその額を控除するものとし、かつ医療保険各法の規定による入院時食事療養に係る療養を受けるものについては、当該入院時療養費の給付に関するこれらの法律に規定する標準負担額を除くものとする。）をいう。

(助成対象者)

第3条 この事業の助成対象者は、医療機関において不妊症と診断され、次の各号のいずれにも該当する夫婦（事実婚も含む）とする。

(1) 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。

(2) 医療保険各法の規定による被保険者若しくは組合員又はその被扶養者であること。

(3) 町税等の滞納がないこと。

(4) 生殖補助医療費に関し他の自治体において同一の助成金の交付を受けていないこと

(助成対象経費)

第4条 この事業による助成限度額は、1回の治療につき10万円とし、妻の年齢が40歳未満のときは通算6回まで、40歳以上43歳未満のときは通算3回目までとする。生殖補助医療を行うに当たり、精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術（以下「男性不妊治療」という。）を併せて行った場合は、別途1回の治療につき10万円を限度に助成する。

2 令和4年4月1日以降に行った生殖補助医療に係る経費を助成の対象とする。

(助成の申請)

第5条 生殖補助医療費の助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、津奈木町生殖補助医療費助成申請書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて、原則として、

治療を終えた日から6月以内に、町長に提出しなければならない。ただし、(6)と(8)の書類については、申請者の同意を得て町で確認が可能な場合は省略できるものとする。

- (1) 津奈木町生殖補助医療受診等証明書(様式第2号)
- (2) 津奈木町生殖補助医療保険薬局等証明書(様式第3号)(該当者)
- (3) 生殖補助医療に係る領収書及び明細書の写し
- (4) 高額療養費決定通知書の写し又は限度額適用認定書の写し(該当者)
- (5) 医療保険各法による付加給付金額が確認できるものの写し(該当者)
- (6) 戸籍謄本及び住民票謄本(戸籍謄本は住民票謄本に夫婦の氏名及び続柄の記載がある場合は不要)
- (7) 婚姻の届出をしていない場合にあつては、事実上婚姻関係と同様の事情にあることを確認できる書類
- (8) 町税等を滞納していないことを証明する書類
- (9) 前各号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類  
(助成の決定及び交付)

第6条 町長は、前条の規定による申請を受けたときは、速やかに審査を行い、助成の可否及び金額について決定し、交付の場合は津奈木町生殖補助医療費助成金交付決定通知書(様式第4号)により通知後助成金を交付するものとし、不交付の場合は津奈木町生殖補助医療費助成金不交付決定通知書(様式第5号)により通知するものとする。

(助成金の返還)

第7条 町長は、助成金の交付の決定を受けた者が次の各号のいずれかに該当すると認められるときは、当該助成金の全部又は一部の返還を命ずることができる。

- (1) 偽りその他不正行為によって助成金の支給を受けたとき。
- (2) その他助成金の使途が不相当と認められたとき。

(その他)

第8条 この告示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

(施行期日)

- 1 この告示は、令和5年3月 日から施行し、令和4年4月1日から適用する。  
(津奈木町特定不妊治療費助成事業実施要綱の廃止)
- 2 津奈木町特定不妊治療費助成事業実施要綱(平成31年告示第17号)は廃止する。  
ただし、令和4年3月31日までに特定不妊治療を開始したものについては、この告示の施行後もなおその効力を有する

様式第1号（第5条関係）

津奈木町生殖補助医療費助成申請書

年 月 日

津奈木町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号 - -

津奈木町生殖補助医療費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

対象者	夫	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ						
		ふりがな 氏名				生年月日	年 月 日 ( 歳)		
	妻	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ						
		ふりがな 氏名				生年月日	年 月 日 ( 歳)		
振込先	金融機関名	銀行 金庫 本店				本店 支店 支所 出張所			
	預金種別	普通 当座	カナ 口座名義人						
	口座番号							左詰記入	
申請額		円							

注) 助成金の振込先は、上記申請者のものに限りませう。

本申請において、町が住民基本台帳、夫婦の町税等の納付状況を確認すること並びに必要に応じて医療機関に検査内容を確認することに同意します。

夫署名： \_\_\_\_\_

妻署名： \_\_\_\_\_

添付書類(同意がある場合、※は省略できる場合があります。)

- (1) 生殖補助医療に係る証明書および生殖補助医療に係る領収書の写し
- (2) 夫婦の加入する医療保険被保険者証の写しおよび限度額適用認定証 (該当者)
- (3) 医療保険各法による付加給付金額が確認できるものの写し (該当者)
- (4) 戸籍及び住民票の謄本 (※)
- (5) 事実婚に関する申立書 (事実婚の場合)
- (6) 町税等を滞納していないことを証明する書類 (※)
- (7) 上記に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類

津奈木町生殖補助医療受診等証明書

年 月 日

医療機関 名称  
所在地

主治医氏名

印

下記の者について、生殖補助医療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

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
受診者生年月日	年 月 日( 歳)	年 月 日( 歳)
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号(下記参照)に○をつけてください	
	A、Bの場合に記入 ↓ 1. 対外受精 2. 顕微授精 該当する番号に○をつけてください 男性不妊治療を行った場合、行った手術療法、治療医療機関を記載ください。 手術療法名： 医療機関名：	
今回の治療期間※1	年 月 日 ~ 年 月 日	
領収金額	今回の治療にかかった金額合計: 保険診療に限る	
	①生殖補助医療費(男性不妊治療を除く)	②男性不妊治療費※2
	円	円
	(上記本人負担額 ①②の合計)	領収金額 円

※1 治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載して下さい。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から特定不妊治療終了日までを記載ください。

※2 主治医の方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として払った領収証の提出を受け、主治医が領収金額及び治療医療機関を記載ください。

(注) 助成対象となる治療は次のいずれかに相当するものです。

A	新鮮胚移植を実施
B	採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施(採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1~3週間の間隔をあげた後に胚移植を行うのと治療方針に基づく一連の治療を行った場合)
C	以前に凍結した胚による胚移植を実施
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、多精子受精などの異常受精等による中止
F	採卵した卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止

1. 採卵に至らないケースは助成対象となりません。
2. 採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合は対象となります。
3. 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。

津奈木町生殖補助医療保険薬局等証明書

年 月 日

薬局の名称

所在地

代表者

印

電話番号

下記の者については、次のとおり生殖補助医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(保険診療分)を徴収したことを証明します。

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		
受診者生年月日		年 月 日
処方箋交付医療機関名		
内 訳	処方された月	自己負担額(保険診療分)
	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
	年 月分	円
合計金額		円

注 医療保険適用の調剤分のみ記載してください。

第 号  
年 月 日

様

津奈木町長

津奈木町生殖補助医療費助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請があった助成金について、津奈木町生殖補助医療費助成事業実施要綱第6条第1項の規定に基づき、下記のとおり交付することを決定しましたので通知します。

記

交付決定額 \_\_\_\_\_ 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。

第 号  
年 月 日

様

津奈木町長

津奈木町生殖補助医療費助成金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった助成金について、下記の理由のとおり、不交付決定しましたので、津奈木町生殖補助医療費助成事業実施要綱第6条第2項の規定により、通知します。

記

不交付の理由 のため