

○矢巾町一般不妊治療費助成金交付要綱

平成26年4月1日

告示第19号

改正 平成27年12月25日告示第109号

平成28年3月28日告示第51号

(目的)

第1 この告示は、不妊に悩む夫婦に対し、不妊治療（体外受精及び顕微受精を除く不妊治療、以下「一般不妊治療」という。）に要する費用の一部を助成することにより、その経済的負担を軽減し、もって少子化対策の充実を図ることを目的とする。

(定義)

第2 この告示において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

(1) 一般不妊治療 不妊検査（不妊を診断するための検査及び不妊治療の効果を確認するための検査を含む。）並びに体外受精及び顕微授精以外の方法による不妊治療をいう。ただし、夫婦以外の第三者からの精子又は卵子の提供による不妊治療を除く。

(2) 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 船員保険法（昭和14年法律第73号）

ウ 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）

エ 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）

オ 地方公務員共済保険法（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）

(3) 保険者 医療保険各法に規定する保険者をいう。

(4) 被保険者等 医療保険各法に規定する被保険者若しくは組合員又は被扶養者をいう。

(5) 治療費 医療保険各法に基づく保険給付が適応されない一般不妊治療費をいう。

(助成対象者)

第3 助成対象者は、法律上の婚姻をしている夫婦で次の各号のいずれにも該当する

者とする。

(1) 夫又は妻のいずれか一方又は両方が矢巾町に居住し、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）第6条の規定による住民基本台帳に記載されている者であること。

(2) 産科、婦人科、産婦人科あるいは、泌尿器科、皮膚泌尿器科を標榜する医療機関（以下「医療機関」という。）において不妊症と診断され、治療の必要があると認められた者であること。

(3) 夫及び妻の前年の所得（1月から5月までの申請については、前々年の所得）の合計額が730万円未満であること。この場合において、所得の範囲については児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第2条を、所得の額の計算については同令第3条をそれぞれ準用する。

（対象となる治療の範囲）

第4 助成の対象となる治療費等は、夫婦が医療機関において受けた保険診療対象外の一般不妊治療に要した治療費とする。

2 助成の対象となる期間は、次に掲げるとおりとする。ただし、医師の証明により治療が中断した時期を除く。

(1) 第1期 一般不妊治療を開始した日から起算して12か月間

(2) 第2期 前号の規定する期間が満了する日の翌日から起算して12か月間

3 前2項の規定にかかわらず、次に掲げる費用は助成の対象としない。

(1) 医療保険各法の規定に基づく保険給付が適応される一般不妊治療

(2) 文書料、個室料等の一般不妊治療に直接関係のない費用

(3) 他の地方公共団体に助成されていた時期に係る一般不妊治療費の費用

（助成内容）

第5 助成額及び助成期間は次のとおりとする。

(1) 助成金の額は、一の夫婦に対して、第4第2項各号に掲げる期間ごとに10万円を上限として、治療費の2分の1（1円未満の端数が生じたときは、その端数を切り捨てた額）に相当する額とする。

(2) 医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中断した場合、当該中断期間のうち助成のなかった月数以内で助成期間を延長するものとする。

2 助成の期間は、3月診療分から翌年2月診療分までの1年間とする。ただし、助

成開始が年度途中となった場合で、第1年度目の助成期間が12か月未満でかつ助成額が10万円未満の場合は、第3年度以降の治療について、第1年度の12か月に満たなかった残りの月数分以内で、10万円に満たなかった額を上限に助成することができるものとする。

(助成金の申請)

第6 助成金の交付を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、町長に対し、矢巾町一般不妊治療費助成金交付申請書(様式第1号)に次に掲げる書類を添えて提出するものとする。ただし、申請者の同意を得た上で本町においてその内容が確認できる場合、第3号から第5号の当該書類の提出を省略することができる。

- (1) 矢巾町一般不妊治療費助成事業受診等証明書(様式第2号)
- (2) 申請しようとする治療に係る医療機関の発行した領収書(院外処方薬に係る薬局の領収書を含む。)の写し
- (3) 法律上の婚姻をしている夫婦であることが証明できる書類
- (4) 夫及び妻の住民票
- (5) 夫及び妻の前年(1月から5月までの間に申請する場合は、前々年)の所得額を証明する書類
- (6) その他町長が必要と認めるもの

2 前項の申請は、原則として3月から翌年2月までの診療分について、診療期間終了後の3月までの間に行うものとする。

3 町長は、第1項の規定による申請書を受理したときは、その内容を審査し、助成金交付の可否について決定を行い、矢巾町一般不妊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。

(助成金の請求)

第7 申請者は、第6第3項に定める通知を受けたときは、町長に対し、矢巾町一般不妊治療費助成金請求書(様式第4号)を提出するものとする。

(助成金の交付)

第8 町長は、第7に規定する請求書を受理したときは、その内容を審査し、適正であると認めるときは、速やかに助成金を交付するものとする。

(助成金の返還)

第9 町長は、偽りその他の不正行為により助成金の交付を受けた者がいるときは、

第6第3項の規定による交付決定を取り消し、その者から当該助成した額の全部又は一部を返還させることができる。

(給付台帳)

第10 町長は、助成の状況を明確にするため、矢巾町一般不妊治療費助成金交付台帳(様式第5号)を備え付けるものとする。

(補則)

第11 この告示に定めるもののほか、必要な事項については、別に定める。

附 則

この告示は、平成26年4月1日から施行する。

附 則 (平成27年12月25日告示第109号)

この告示は、平成28年1月1日から施行する。

附 則 (平成28年3月28日告示第51号)

この告示は、平成28年4月1日から施行する。

様式第1号（第6関係）

矢巾町一般不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

矢巾町長 様

申請者 住所
氏名

㊤

矢巾町一般不妊治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。なお、助成金支払事務にあたり、矢巾町が住民基本台帳及び夫婦の所得状況を確認すること、また、領収書の内容を医療機関に確認することについて同意します。

申請額	円	1年度に医療機関において受けた医療保険各法に基づく保険給付が適用されない一般不妊治療に要した額の2分の1と10万円を比較して少ないほうの額（1円未満切捨て）			
夫	(ふりがな) 氏名			生年月日	年 月 日生 (歳)
	個人番号				
	加入医療 保険	種別	国民健康保険・組合国保・健保・共済・その他()		
		保険者番号		区分	本人・被扶養者
妻	(ふりがな) 氏名			生年月日	年 月 日生 (歳)
	個人番号				
	加入医療 保険	種別	国民健康保険・組合国保・健保・共済・その他()		
		保険者番号		区分	本人・被扶養者
住所		〒 電話 ()			
夫と妻の住所が異なる場合は、本欄にも記入		〒 電話 ()			
治療した 医療機関	名称				
	所在地	〒 電話 ()			
助成金の 振込み先	金融機関名			支店名	
	口座の種類	普通・当座		口座番号	
	口座名義人（申請者と同じ名義とする。）				
過去の状況	過去に一般不妊治療の助成を受けたことがありますか。 ない・ある→過去、()回受けた。 年 月頃 助成を受けた市町村名 矢巾町・その他()				

備考 添付書類

- (1) 矢巾町一般不妊治療費助成事業受診等証明書
 - (2) 申請しようとする治療に係る医療機関の発行した領収書の写し
 - (3) 法律上の婚姻をしている夫婦であることが証明できる書類
 - (4) 夫及び妻の住民票
 - (5) 夫及び妻の前年(1月から5月までの間に申請する場合は、前々年)の所得額を証明する書類
- ◎申請の際に、印鑑と健康保険証をお持ちください。

様式第2号（第6関係）

矢巾町一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次の通り一般不妊治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費（本人負担額）を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

所在地

主治医氏名

㊤

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

受診者	区分	夫	妻
	(ふりがな) 氏名		
	生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)

治療開始年月日 年 月 日

今回の治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日

◎当該患者が今回行った治療について、該当箇所に記入してください。

- 不妊症スクリーニング検査 タイミング療法 排卵誘発法 (回)
 精液検査 精巣生検 人工授精 (回)
 手術療法 ()
 その他 ()
 薬物療法 (処方薬の種類)

◎院外処方の有無 (□有り ・ □無し)

医療費の内訳	区分	医療機関徴収分		
		保険診療分		保険診療以外の本人負担額
		医療費総額	本人負担額	
	年3月分	円	円	円
	年4月分	円	円	円
	年5月分	円	円	円
	年6月分	円	円	円
	年7月分	円	円	円
	年8月分	円	円	円
	年9月分	円	円	円
	年10月分	円	円	円
	年11月分	円	円	円
	年12月分	円	円	円
	年1月分	円	円	円
	年2月分	円	円	円
保険診療以外の本人負担額の合計金額				円

注1 当該患者に関して行った一般不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く）に係るもののみご記入ください。

2 □は該当項目にチェックしてください。

3 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な医療費ではない費用は含めないでください。

4 夫婦の医療費を合算してご記入ください。

第 号
年 月 日

矢巾町一般不妊治療費助成金交付決定（却下）通知書

様

矢巾町長

印

年 月 日付で申請のあった矢巾町一般不妊治療費助成金について、下記のとおり決定（却下）したので、矢巾町一般不妊治療費助成金交付要綱第6第3項に基づき通知します。

記

1 交付決定額 金 _____ 円

2 理由(却下の場合)

教示

審査請求及び取消訴訟

- この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、岩手県知事に対して審査請求をすることができます。
- この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、矢巾町を被告として（訴訟において矢巾町を代表する者は矢巾町長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

年 月 日

矢巾町一般不妊治療費助成金請求書

矢巾町長 様

申請者 住所
氏名 ㊟

年 月 日付け 第 号で交付決定の通知があった矢巾町一般不妊治療費助成金について、次のとおり請求します。

金 _____ 円

様式第5号 (第10関係)

矢巾町一般不妊治療費助成金交付台帳

受給者番号				
申請者 (夫・妻)	(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
配偶者	(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	〒 電話 ()			
住所(夫婦の 住所が異なる 場合に記入)	〒 電話 ()			
助成開始年月	年 月	助成終了年月	年 月	
備 考				

申請受理 年月日	医療機関	治療期間		(承認・不承認) 決定年月日	助成額	支払年月日
		開始年月日	終了年月日			
年 月 日		年 月 日	(承認・不承認)	円	年 月 日	
		年 月 日	年 月 日			
年 月 日		年 月 日	(承認・不承認)	円	年 月 日	
		年 月 日	年 月 日			
年 月 日		年 月 日	(承認・不承認)	円	年 月 日	
		年 月 日	年 月 日			
年 月 日		年 月 日	(承認・不承認)	円	年 月 日	
		年 月 日	年 月 日			
年 月 日		年 月 日	(承認・不承認)	円	年 月 日	
		年 月 日	年 月 日			

様式第1号（第6関係）

（平27告示109・一部改正）

様式第2号（第6関係）

様式第3号（第6関係）

（平28告示51・一部改正）

様式第4号（第7関係）

様式第5号（第10関係）