

○一関市一般不妊治療費助成金交付要綱

平成28年6月1日
告示第150号

(目的)

第1 [この告示](#)は、出産を希望しているものの子どもに恵まれないため、一般不妊治療を受けている夫婦に対し、予算の範囲内で、その治療費の一部を助成することにより経済的負担の軽減を図ることを目的とする。

(定義)

第2 [この告示](#)において、次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) 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\(昭和14年法に規定する律第73号\)](#)
- ウ [私立学校教職員共済法\(昭和28年法律第245号\)](#)
- エ [国家公務員共済組合法\(昭和33年法律第128号\)](#)
- オ [国民健康保険法\(昭和33年法律第192号\)](#)
- カ [地方公務員等共済組合法\(昭和37年法律第152号\)](#)

(2) 一般不妊治療 不妊治療のうち、次に掲げるものをいう。ただし、[一関市不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱\(平成19年一関市告示第100号\)](#)第3に規定する特定不妊治療及び[一関市男性不妊治療費助成金交付要綱\(平成27年一関市告示第312号\)](#)第3に規定する男性不妊治療を除く。

- ア 医療保険各法が適用される不妊治療(診断のための検査及び治療効果を確認するための検査等治療の一環として実施される検査を含む。以下同じ。)
- イ 医療保険各法が適用されない不妊治療のうち、排卵日に精子を医学的な方法で子宮に注入する不妊治療であって、次の(ア)から(ウ)のいずれにも該当しない不妊治療
 - (ア) 夫婦以外の第三者からの精子、卵子及び胚の提供を受けて行うもの
 - (イ) 夫の精子を医学的な方法により妻以外の第三者の子宮に注入して行うもの
 - (ウ) 夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚を医学的な方法により妻以外の第三者の子宮に注入して行うもの

(5) 自己負担額 不妊治療について医療保険各法が適用される場合において、被保険者、組合員又は被扶養者が負担すべき額から次の額を減じて得た額をいう。

- ア 当該医療費に対する他の法令に基づく給付及び附加給付等の額
- イ 入院時食事療養費の給付に係る医療保険各法の規定による標準負担額

(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に掲げる要件を全て満たす者とする。

- (1) 夫又は妻が、一般不妊治療を開始した日以前から引き続き一関市に居住し、[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) 医療保険各法の規定に基づく被保険者若しくは組合員又はそれらの者の被扶養者であること。
- (3) 夫及び妻の前年の所得(前年の所得が確定するまでの間については、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条を準用し、所得の額の計算方法については、[同令第3条](#)を準用する。
- (4) 産科、婦人科、産婦人科、泌尿器科又は皮膚泌尿器科の診療科名を有する医療機関(以下「医療機関」という。)によって不妊治療が必要であると診断されていること。
- (5) 夫婦の住所地が異なる場合において、他の市町村の助成制度等と重複して申請していないこと。

(助成金の額等)

第4 助成金の額は、一般不妊治療を受けた日の属する年度ごとに、自己負担額に対して、夫婦1組につき1年度(毎年4月1日から翌年3月31日までをいう。)当たり10万円を限度額とする。ただし、他の市町村から転入した場合において、同一年度内に他の市町村において助成等を受けた額が本市の限度額に満たないときは、その額を除いた額を助成するものとする。

2 助成の対象とする期間は、連続する24月以内とし、当該期間内における助成金の額は20万円を上限とする。

(助成金の申請)

第5 助成を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、一般不妊治療が終了した日の翌日から起算して3月以内に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付の上、市長に

提出するものとする。

- (1) 一般不妊治療医療機関受診等証明書(様式第2号)
- (2) 住所及び法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類(続柄記載の住民票等)
- (3) 夫及び妻の所得額を証明する書類
- (4) 医療機関等が発行した不妊治療に要した費用に係る領収書
- (5) その他市長が必要と認める書類

2 市長は、申請者から前項の規定による申請があったときは、速やかにその内容を審査し、助成の可否について決定を行い、申請者に一般不妊治療費助成金交付決定(不決定)通知書(様式第3号)により通知するものとする。

(助成金の請求)

第6 助成金の交付を受けようとする者は、決定通知書を受けた後、速やかに一般不妊治療費助成金請求書(様式第4号)を市長に提出するものとする。

(助成金の交付)

第7 市長は、請求書を受理したときは、その内容を審査し、適正であると認めた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8 市長は、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あるときは、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。

(補則)

第9 [この告示](#)に定めるもののほか、助成金の交付に関し必要な事項は、別に定める。

[様式第1号\(第5関係\)](#)

様式第1号(第5関係)

一般不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

一関市長 様

(申請者)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

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、市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			
夫	(ふりがな)氏名			年 月 日生(歳)
	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
妻	(ふりがな)氏名			年 月 日生(歳)
	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
住所	〒 _____ 一関市 _____ 電話番号 ()			
夫と妻の住所が異なる場合は、本欄にも記入	〒 _____ 電話番号 ()			
治療した医療機関	医療機関名			
	住 所	〒 _____ 電話番号 ()		
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 一関市 ・ その他()			

備考 添付書類

- (1) 一般不妊治療医療機関受診等証明書
 - (2) 住所及び法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類（続柄記載の住民票等）
 - (3) 夫及び妻の前年中（1月から5月までの間に申請する場合は、前々年中）の所得額を証明する書類
 - (4) 医療機関等が発行した不妊治療に要した費用に係る領収書
- ◎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5関係)

様式第2号(第5関係)

一般不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

(医療機関) 所在地 _____
 名 称 _____
 主治医氏名 _____ ㊟

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

受診者	夫	(ふりがな) ()	妻	(ふりがな) ()	
		氏 名		氏 名	
		生年月日 年 月 日		生年月日 年 月 日	
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日			
今診療年度の治療期間		年 月 日～ 年 月 日			
院外処方の有無		□ 有 ・ □ 無			
区分	診療年月	医療機関徴収分			薬局徴収分
		保険診療		保険診療以外本人負担額	院内処方本人負担額
医療費総額	本人負担額	院内処方本人負担額	院外処方本人負担額(※市記載欄)		
本人負担額の内訳	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	小 計		①	②	③
今診療年度の不妊治療にかかった金額(医療機関自己負担分)	⑤(①+②+③)			円	
※市記載欄	不妊治療自己負担額合計(④+⑤)				円

備考

- 1 当該患者に関して行った、一般不妊検査や治療等に係るもののみご記入ください。なお、体外受精や顕微授精等の特定不妊治療は除いてください。
- 2 院外処方の有無が「有」の場合、本人から院外処方薬に係る薬局の領収書を添付してもらいますので、本人負担額の内訳欄の薬局徴収分への記入は必要ありません。
- 3 入院費、食事代等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。

様式第3号(第5関係)

様式第3号(第5関係)

第 号
年 月 日

様

一関市長



一般不妊治療費助成金交付決定(不決定)通知書

年 月 日付けで申請のあった一般不妊治療費助成金について、次のとおり交付を決定(不決定)いたします。

交付決定額 金 円

この交付決定は、年 月 日から 年 月 日までの
治療費を対象としたものとする。

(理由(不決定の場合に記入))

[様式第4号\(第6関係\)](#)

様式第4号(第6関係)

年 月 日

一関市長 様

請求者
住 所
氏 名

㊦

一般不妊治療費助成金請求書

年 月 日付け一関市指令第 号で交付の決定通知があった一般不妊治療費助成金の交付を受けたいので、次のとおり請求します。

金 _____ 円

振込先	金融機関名		支 店 名	
	口座の種類	1 普通 2 当座	口座番号	
	(ふりがな) 口座名義人	※申請者と同じ名義とする。		