

津市不育症治療費助成事業実施要綱

平成26年3月31日訓第25号

改正 平成26年9月25日訓第79号

令和2年9月9日訓第59号

令和3年3月12日訓第11号

令和3年7月16日訓第52号

(趣旨)

第1条 この要綱は、少子化対策の一環として、不育症治療を受ける夫婦の経済的負担の軽減を図るため、当該夫婦が受ける不育症治療に要する費用の一部を助成すること（以下「助成」という。）に関し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、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 不育症治療 不育症と診断された夫婦に対し、医師により行われる不育症の検査及び治療をいう。
- (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）
- (3) 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。
- (4) 治療期間 不育症治療を開始した日から当該妊娠に関する出産（流産、死産等を含む。）に伴い不育症治療が終了するまでの期間をいう。

(対象者)

第3条 助成の対象者は、治療期間及び第7条の規定による申請をしようとする日（以下「申請日」という。）のいずれにおいても、次に掲げる要件の全

てを満たす夫婦とする。

- (1) 法律上の婚姻をしている夫婦又は事実上の婚姻関係にある夫婦（治療の結果、出生した場合の子について認知を行う意向がある場合に限る。）であること。
- (2) 夫婦の双方又はいずれか一方が、本市の住民基本台帳に記録されていること。
- (3) 被保険者等又は生活保護法（昭和25年法律第144号）第15条に規定する医療扶助若しくは中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）第14条第2項第3号に規定する医療支援給付の対象外の治療を受けた者であること。

（助成対象経費）

第4条 助成の対象となる経費は、国内の医療機関において夫婦が受けた医師が必要と認める不育症治療に係る費用とする。

2 前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不育症治療に係る費用
- (2) 入院時の差額ベッド代、食事代、文書料等の費用
- (3) 処方箋によらない医薬品等の費用
- (4) 出産（流産、死産等を含む。）に係る費用
- (5) 他の地方公共団体で助成されていた期間に係る不育症治療の費用
- (6) 母子保健法（昭和40年法律第141号）第13条及び「妊婦健康診査の実施について」（平成21年2月27日付け厚生労働省通知。雇児母発第0227001号）に基づき本市が実施する妊婦健康診査事業により助成を受けている費用
- (7) 三重県から助成を受けた不育症治療（先進医療）に要する費用

（助成金の額）

第5条 助成金の額は、前条の規定により算出された1治療期間ごとの費用の額（当該額が10万円を超えるときは、10万円）とする。

2 前項の規定により算出された助成金の額に1,000円未満の端数があるときは、これを切り捨てるものとする。

（助成の回数）

第6条 助成は、一の年度において1回に限るものとし、通算して5回を限度

とする。

(助成の申請)

第7条 助成を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、1治療期間ごとに、不育症治療費助成申請書(第1号様式)に不育症治療受診等証明書(第2号様式)その他市長が必要と認める書類を添えて、市長に提出しなければならない。

2 前項の規定による提出は、不育症治療が終了した日から起算して、60日以内に行うものとする。ただし、天災その他やむを得ない理由があると市長が認めるときは、この限りでない。

(助成の決定及び通知)

第8条 市長は、前条第1項の規定による提出があった場合は、速やかに審査の上、その結果を不育症治療費助成決定通知書(第3号様式)又は不育症治療費助成申請却下通知書(第4号様式)により申請者に通知するものとする。

(助成決定の取消し等)

第9条 市長は、助成の決定を受けた者が偽りその他不正な行為により助成の決定を受けたと認めるときは、直ちに当該決定を取り消すものとする。この場合において、既に助成をしているときは、当該助成金の返還を命じなければならない。

(委任)

第10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 この訓は、平成26年4月1日から施行する。

(治療期間の特例)

2 この訓の施行の日前から引き続き不育症治療を受けている者に係る治療期間については、第2条第4号の規定にかかわらず、同日以後最初に不育症治療を受けた日から当該妊娠に関する出産(流産、死産等を含む。)に伴い不育症治療が終了するまでの期間とする。

附 則(平成26年9月25日訓第79号)

この訓は、平成26年10月1日から施行する。

附 則(令和2年9月9日訓第59号)

1 この訓は、令和2年9月11日から施行し、改正後の附則第3項から第5項までの規定は、同年4月1日から適用する。

- 2 令和2年4月1日からこの訓の施行の日の前日までに終了した改正後の附則第3項又は第5項の規定の適用を受ける不育症治療に係る第7条第1項の規定による提出は、同条第2項の規定にかかわらず、同年11月9日までに行うものとする。

附 則（令和3年3月12日訓第11号）

（施行期日）

- 1 この訓は、令和3年3月12日から施行する。ただし、第2号様式の改正規定は、同年4月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 改正後の津市不育症治療費助成事業実施要綱の規定は、この訓の施行の日（以下「施行日」という。）以後に不育症治療に係る助成の申請を行う者について適用し、施行日前に申請を行った者については、なお従前の例による。
- 3 令和3年1月1日から同年3月31日までに終了した不育症治療に係る第7条第1項の規定による提出は、同条第2項の規定にかかわらず、同年5月29日までに行うものとする。

附 則（令和3年7月16日訓第52号）

- 1 この訓は、令和3年7月20日から施行する。
- 2 改正後の第4条第2項第7号の規定は、この訓の施行の日（以下「施行日」という。）以後に不育症治療（令和3年4月1日以後に開始した不育症治療に限る。）に係る助成の申請を行う者について適用し、施行日前に申請を行った者については、なお従前の例による。

第1号様式（第7条関係）

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

不育症治療費助成申請書

				申請回数	回
		(ふりがな) 氏名	続柄	生年月日 (年齢)	
申請者	氏名		夫・妻	年 月 日 (歳)	
	住所	〒		連絡先電話	自宅 () 携帯 ()
配偶者	氏名		夫・妻	年 月 日 (歳)	
	住所	〒		連絡先電話	自宅 () 携帯 ()

過去の不育症治療費受給の状況（夫婦双方について記入してください。）

過去の不育症治療費受給の有無 1 無 2 有 （該当する番号に○をつけてください。）
 （2に○をつけた方のみ回答してください。）

助成を受けた自治体名 _____ 都・道・府・県 _____ 市・町・村 _____
 助成を受けた時期 _____ 年 月 _____ 年 月 _____ 年 月 _____ 年 月

申請内容	(宛先) 津市長 _____ 年 月 日	
	関係書類を添えて、不育症治療費の助成を申請します。 また、必要事項を調査すること及び過去の不育症治療費に係る助成の受給状況について、津市が必要に応じて他の自治体へ照会すること並びに津市における交付決定情報を必要に応じて他の自治体へ提供することに同意します。 なお、本申請書の記載事項に相違ありません。	
	申請者氏名 _____ (印)	配偶者氏名 _____ (印)
申請金額 _____ 円		

に（振込申請書の提出）	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	金融機関コード
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	
	口座番号			(左詰めで記入してください。)

受付年月日	(助成・却下) 決定年月日
-------	------------------

注) 太枠の中を記入してください。
 (添付書類) 1 _____
 2 _____
 3 _____
 4 _____

助成額

第2号様式（第7条関係）

*受給者番号							
--------	--	--	--	--	--	--	--

不育症治療受診等証明書

不育症治療を実施し、これに係る費用（保険外診療分）を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医名

受診者	氏名						
	生年月日	年	月	日			
不育症治療が必要な理由							
検査及び治療内容	<p>該当するものにチェックし、詳細について、かっこ内に記載してください。</p> <p>1 検査内容</p> <ul style="list-style-type: none"> 子宮の形態検査 内分泌検査 夫婦染色体検査 抗リン脂質抗体 その他 <p>2 治療内容</p> <ul style="list-style-type: none"> 子宮形態異常 内分泌異常 染色体異常 抗リン脂質抗体症候群 その他 						
治療期間	年	月	日から	年	月	日まで	
領収金額	円（保険外診療分の額）						
注）差額ベッド代、食事代、文書料等に係る費用を除く。							

注）*印の欄は、記入しないでください。

第3号様式（第8条関係）

不育症治療費助成決定通知書

（記 号 番 号）
年 月 日

（氏 名） 様

津市長 （氏 名） 印

年 月 日付けで申請のあった不育症治療費の助成について、次のとおり助成することに決定しましたので通知します。

金 額 _____ 円
（口座振込予定日 年 月 日 ）

第4号様式（第8条関係）

不育症治療費助成申請却下通知書

（記 号 番 号）
年 月 日

（氏 名） 様

津市長 （氏 名） 印

年 月 日付けで申請のあった不育症治療費の助成について、次の理由により却下とすることを決定しましたので通知します。

理由