

下郷町告示第 15 号

平成 29 年 3 月 23 日

下郷町長 星 學

下郷町特定不妊治療費助成事業実施要綱

(目的)

第 1 条 この要綱は、特定不妊治療を受ける夫婦に対しその費用の一部を助成することにより、当該夫婦の経済的負担及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

(対象者)

第 2 条 助成の対象となる者は、次に掲げる要件をすべて満たしている者とする。

- (1) 法律上の婚姻をしている夫婦であること。
- (2) 夫婦ともに又はそのいずれかが、特定不妊治療をした期間及びこの要綱による助成の申請日において下郷町に住所を有していること。
- (3) 夫婦ともに町税等の滞納がないこと。
- (4) 治療期間の初日において妻の年齢 43 歳未満であること。
- (5) 夫婦の前年の所得の合計額が 730 万円未満の方（1 月から 5 月までの申請については、前々年の所得）
- (6) 国及び県が定めた特定不妊治療指定医療機関で治療を受けた者であること。

(対象治療)

第 3 条 この事業で対象とする不妊治療は、配偶者間で行う医療保険が適用されない特定不妊治療とする。

2 助成の対象とする治療期間は、特定不妊治療が必要であると医師が判断し、治療が開始された時点から当該治療が終了した時点までとする。なお、医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中止した場合については、福島県特定不妊治療費助成事業実施要綱（以下、「県要綱」という。）第 4 第 2 項を準用するものとする。

3 次に掲げる治療法は、助成の対象としない。

- (1) 夫婦以外の第三者からの精子、卵子又は胚の提供による不妊治療
- (2) 代理母（妻が卵巣又は子宮を摘出したこと等により、妻の卵子が使用できず、かつ、妻が妊娠できない場合に、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及び出産する方法）
- (3) 借り腹（夫婦の精子と卵子は使用できるが、子宮摘出等により、妻が妊娠できない場合に、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婦及び出産する方法）

(助成金の額及び助成回数等)

第 4 条 助成金の額は、特定不妊治療に要した費用のうち、福島県から受けた助成額を控除した額について、1 回の治療につき 200,000 円を限度とする。

2 前項の規定による助成は、県要綱第 6 に定められた内容を助成するものとする。

(助成の申請及び決定)

第5条 この要綱による助成を受けようとする者は、特定不妊治療が終了した日の翌日から起算して、1回の治療終了ごとに1年以内に、次の書類を添えて町長に申請するものとする。

- (1) 下郷町特定不妊治療費助成金交付申請書(様式第1号)(以下、「申請書」という。)
- (2) 県の助成金又は他の地方公共団体による補助金の交付を受けた者にあつては、その額を証明する書類
- (3) 福島県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し又は下郷町特定不妊治療費助成事業受診等証明書(様式第2号)
- (4) 特定不妊治療を受けた指定医療機関発行の領収書又は特定不妊治療費領収金額証明書(様式第3号)
- (5) その他町長が必要と認める書類

2 町長は、申請書を受理したときは、その内容を審査し助成金の可否を決定する。

3 町長は、審査の結果、助成を行うことを決定したときは、下郷町特定不妊治療費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。

4 町長は、審査の結果、助成しないことを決定したときは、下郷町特定不妊治療費助成金交付不承認決定通知書(様式第5号)により申請者に通知するものとする。

(助成金の請求)

第6条 前条の規定により通知を受けた補助決定者は、速やかに下郷町特定不妊治療費助成金交付請求書(様式第6号)により町長に請求するものとする。

(助成金の返還)

第7条 町長は、偽りその他不当な手段によって助成金を受けた者に対し、その返還をさせることができる。

(実施上の留意点)

第8条 本事業の関係者は、申請者のプライバシーの保護に十分配慮し、この要綱による事務を処理するための個人情報を他に漏らしてはならない。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関して必要な事項は県要綱に準ずるものとする。

附 則

- 1 この要綱は、平成29年4月1日から施行する。
- 2 下郷町不妊治療費助成事業実施要綱は廃止する。

様式第1号（第5条関係）

下郷町特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

下郷町長 様

申請者 住所
氏名

（対象者との続柄： ）

下郷町特定不妊治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。

フリガナ 氏名	夫		妻	
生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
住所	〒 - 電話 (- -)		下郷町大字 字	
夫婦の住所が異なる場合※	〒 - 電話 (- -)		下郷町大字 字	
過去における申請の有無	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 () 回 初めて申請したときの治療開始日の年齢は43歳⇒ <input type="checkbox"/> 未満・ <input type="checkbox"/> 以上			
	申請時期	自治体名	助成金額	初回申請時治療終了日
	年 月		円	いずれかに○ () H28.1.19 以前 () H28.1.20 以降
	年 月		円	
	年 月		円	
	年 月		円	
	年 月		円	
	年 月		円	
助成申請額	a 特定不妊治療助成申請額		円	助成申請合計額 (a+b)
	b 男性不妊治療助成申請額		円	円

※夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

同意書	特定不妊治療費助成金の交付申請にあたり、下郷町長が支給の決定に関して、必要な住民情報及び課税資料等の情報を閲覧し確認することを承諾します。また、助成の適正を図るために必要な場合は、他の自治体に情報の照会、提供すること及び医療機関に受診等証明書の内容を照会することについて同意します。	
	氏名	印
	氏名	印

下郷町記載欄

受給者番号		過去の助成回数	年間 回
算定額	費用額 (A)		円
	県(他自治体)助成額 (B)		円
	助成金対象額 (A-B)		円
	助成金額		円
審査	<input type="checkbox"/> 住民票 定住日 (年 月 日)	適・不適	
	<input type="checkbox"/> 町税等	適・不適 ()	
	<input type="checkbox"/> その他	適・不適 ()	

様式第2号（第5条関係）

受給者番号

下郷町特定不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の方については、特定不妊治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、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴取したことを証明します。

年 月 日

下郷町長 様

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医氏名

印

指定医療機関記入欄（主治医が記入）

受診者	フリガナ 氏名	夫		妻	
	生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
当該患者が過去に行った不妊治療について当該箇所に記入してください ・タイミング療法 実施 回 未実施 ・排卵誘発法 実施 回 未実施 ・人口授精 実施 回 未実施 ・体外授精 実施 回 未実施 ・顕微授精 実施 回 未実施 ・手術療法 実施・未実施 手術 ・その他 () ○特定不妊治療を必要とした理由について記入してください					
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号（裏面参照）に○をつけてください			A又はBの場合 1 体外受精 ・ 2 顕微授精 該当する番号に○をつけてください	
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください () (精子回収の有無) 有 ・ 無				
領収金額	(今回の治療にかかった金額合計※保険診療外に限る) 特定不妊治療（男性不妊治療費除く） 領収金額 円 男性不妊治療費 領収金額 円				

(領収書等の書類は裏面添付又は別添付)

(注1) 助成対象となる特定不妊治療は、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 排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周期の間隔をあけた後に胚移植を行うとの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 体調不良等による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、多精子授精などの異常授精等による中止
- F 排卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られない中止

(注2) 排卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。ただし、排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助成の対象となります。

様式第3号（第5条関係）

特定不妊治療費領収金額証明書

下郷町長 様

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

印

様の領収金額の内訳は下記のとおりです。

記

治療内容	金額
体外受精料	円
排卵	円
卵培養	円
精子調整	円
精子培養	円
顕微授精	円
胚移植	円
薬物療法	円
排卵促進等	円
黄体機能の維持・管理等	円
男性不妊治療	円
	円
その他	円
	円
	円

様式第4号（第5条関係）

第 号
年 月 日

様

下郷町長

下郷町特定不妊治療費助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった下郷町特定不妊治療費の助成については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

対 象 年 度	年度
助 成 金 額	円

様式第5号（第5条関係）

第 号
年 月 日

様

下郷町長 印

下郷町特定不妊治療費助成金交付不承認決定通知書

年 月 日で申請のあった下郷町特定不妊治療費助成金については、下記の理由により承認できませんので通知します。

年 月 日

下郷町長 様

(申請者)

住所 下郷町大字 字

氏名 印

下郷町特定不妊治療費助成金交付請求書

請求額	円
-----	---

年 月 日付け 第 号で交付決定のあった下郷町特定不妊治療費助成金について交付されたく、上記金額を請求します。

振込先 金融機関名	銀行 農協	本店 支店
預金種別	1 普通 2 当座 (該当する方を○)	
口座番号		
(フリガナ) 口座名義		