

○蒲郡市不妊治療費の助成に関する規則

平成19年9月28日

規則第44号

改正 平成24年3月21日規則第16号

平成27年12月24日規則第65号

平成28年3月31日規則第70号

(目的)

第1条 この規則は、不妊に悩む夫婦に対し、不妊治療に要する費用の一部を助成することにより、その経済的負担の軽減とともに、少子化対策の充実を図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この規則において不妊治療とは、第3条第1項第2号に規定する医療機関（以下「医療機関」という。）において行われる不妊治療（不妊治療の一貫として行われる不妊検査を含む。）をいう。ただし、体外受精、顕微授精及び夫婦以外の第三者からの卵子又は胚の提供による人工授精を除く。

2 この規則において医療保険各法とは、次に掲げる法律をいう。

- (1) 健康保険法（大正11年法律第70号）
- (2) 船員保険法（昭和14年法律第73号）
- (3) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）
- (4) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- (5) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
- (6) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）

3 この規則において本人負担額とは、医療の提供を受ける者が不妊治療のため提供される医療に関し負担すべき額をいう。ただし、次の各号に掲げるものを除く。

- (1) 保険者等（医療保険各法の規定による医療に関する給付を行う保険者、共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団をいう。以下同じ。）から不妊治療に関する給付を受ける者について、次に掲げる額

ア 当該不妊治療に対し保険者等から医療保険各法に基づき給付される額

イ 当該不妊治療に対し保険者等から任意に給付される額

(2) 医療保険各法の規定による入院時食事療養費に係る療養を受ける者について、当該入院時食事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

(3) 文書手数料、個室使用料等不妊治療に直接関係のない額

(4) 他の法令に基づく不妊治療に関する給付を受ける者について、当該不妊治療に対し給付される額

(助成対象者)

第3条 この規則により、不妊治療に要する費用の助成を受けることができる者(以下「助成対象者」という。)は、第5条の規定により助成の申請をする日(以下「申請日」という。)において、次の各号のいずれにも該当するものとする。

(1) 戸籍法(昭和22年法律第224号)第74条の規定による婚姻の届出をした夫婦(住民基本台帳法(昭和42年法律第81号)第5条の規定により住民基本台帳に記録されたものを含む。以下同じ。)であること。

(2) 医療法施行令(昭和23年政令第326号)で定める産科、婦人科、産婦人科、泌尿器科又は皮膚泌尿器科を診療科目として標榜する医療機関において不妊症と診断され、その治療を受けた者であること。

(3) 夫婦のいずれか一方又は両方が本市の区域内に住所を有するものであること。

(4) 医療保険各法による被保険者、組合員、加入者又は被扶養者であること。ただし、生活保護法(昭和25年法律第144号)による保護を受けている者はこの限りでない。

2 前項の規定にかかわらず、夫婦の前年の所得(児童手当法施行令(昭和46年政令第281号)第2条に規定する所得について、同令第3条に規定する方法により算出した額をいう。以下同じ。)の合計額(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をいう。)が730万円を超える者は、助成対象者としな

(助成額)

第4条 助成額は、1組の夫婦に対して1の年度ごとに、本人負担額として支払った金額に2分の1を乗じて得た額（その金額が5万円を超えるときは、5万円とする。）とし、愛知県内の他の市町村から転入し、転入前の市町村においてこの規則で定める不妊治療費の助成と同様の助成を受けていた場合は、その額をこれに含むものとする。

2 前項に規定する助成額に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。

（助成の申請）

第5条 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、1の年度ごとに蒲郡市不妊治療費助成金交付申請書（第1号様式。以下「申請書」という。）に次に掲げる書類を添えて当該年度の3月31日までに市長に提出しなければならない。

- （1） 蒲郡市不妊治療費助成事業受診等証明書（第2号様式）
- （2） 申請しようとする治療に係る領収書
- （3） 第3条第1項第1号に規定する夫婦であることを証明する書類
- （4） 住所地を証明する書類
- （5） 夫婦の所得額を証明する書類

2 市長は、この規則により申請書に添えて提出する前項第3号から第5号までの書類により証明すべき事実を夫婦の同意を得て公簿等により確認することができるときは、当該書類を省略することができる。

（助成の決定等）

第6条 市長は、前条に規定する申請書を受理したときは、速やかにその内容を審査し、助成の承認をしたときは、蒲郡市不妊治療費助成金交付承認決定通知書（第3号様式）により申請者に通知し、助成金を交付するものとする。

2 市長は、助成金を交付することが適当でないと認めたときは、蒲郡市不妊治療費助成金交付不承認決定通知書（第4号様式）にその理由を付して申請者に通知しなければならない。

（交付決定の取消し）

第7条 市長は、助成金の交付決定を受けた者が次の各号のいずれかに該当するときは、交付決定の全部又は一部を取り消すことができる。

- (1) 偽りその他不正の手段により助成金の交付の決定を受けたとき。
- (2) 保険者等から給付される額の確定が申請日の属する年度の翌年度になった場合において、交付した助成金に過払いが生じたとき。
- (3) この規則に違反したとき。

(助成金の返還)

第8条 市長は、前条の規定により交付決定を取り消す場合において、既に助成金が支払われているときは、助成金の全部又は一部を返還させることができる。

2 前項の規定により助成金の返還の請求を受けた者は、当該請求の日から起算して30日以内に助成金の返還をしなければならない。

(台帳の整備)

第9条 市長は、助成の状況を明確にするために、蒲郡市不妊治療費助成事業台帳(第5号様式)を作成し、適正に管理するものとする。

(相談窓口の設置)

第10条 この規則に基づく不妊治療費の助成に関する相談又は不妊治療に関する健康不安等の相談に対応するため、市民福祉部健康推進課に不妊治療相談窓口を設置する。

(雑則)

第11条 この規則に定めるもののほか、不妊治療費の助成について必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この規則は、平成19年10月1日から施行し、同年7月1日以後に受ける不妊治療に要する費用に係る助成について適用する。

附 則 (平成24年規則第16号)

(施行期日)

1 この規則は、平成24年7月9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 この規則の施行の際、改正前の蒲郡市不妊治療費の助成に関する規則の規定による第2号様式の内紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則 (平成27年規則第65号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成28年1月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際、改正前の蒲郡市不妊治療費の助成に関する規則の規定による第1号様式の内紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則 (平成28年規則第70号)

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

蒲郡市不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

蒲 郡 市 長 殿

申 請 者
住 所
氏 名
電 話 番 号

Ⓜ

関係書類を添えて次のとおり不妊治療費の助成を申請します。

対 象 者	(ふりがな) 氏 名 <自署又は記名押印>	個人番号		生年月日	
	夫	()		年	月 日
	妻	()		年	月 日
	住 所	〒 ー 電話 ()			
	加入医療保険 (夫)	【種別】 国保・政管・組合・日雇・船員・共済・国保組合・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】 本人・被扶養者			
	加入医療保険 (妻)	【種別】 国保・政管・組合・日雇・船員・共済・国保組合・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】 本人・被扶養者			
振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所	
	預 金 種 別	普通	(ふりがな) 口座名義人	□ 申請者と同じ ()	
		当座			
口 座 番 号					(左詰記入)
申 請 額	金	円	(本人負担額の1/2で、一年度上限5万円)		
過去に不妊治療費の助成金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 助成金を受けた自治体は () 市町村 ・ その他 () ()					
加入している医療保険から附加給付を受ける予定または過去に受けたことがありますか。 ない ・ ある → 受ける予定がある ・ 過去 円受けた () 年 月頃					
申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日			
受 給 者 番 号					

注意事項 太枠の中をご記入ください。

- (添付書類) 1. 蒲郡市不妊治療費助成事業受診等証明書及び領収書
2. 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
3. 住所を証明する書類
4. 夫及び妻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。

同意書

年 月 日

蒲 郡 市 長 殿

夫 氏 名 ㊟

妻 氏 名 ㊟

私たちは、蒲郡市不妊治療費助成金の交付に係る次の事項について同意します。

- 1 助成金の対象者であることを確認するため必要があるときは、住民基本台帳及び戸籍（外国人にあっては、外国人登録原票）並びに前年（1月から5月の申請にあっては、前々年）の所得状況について確認すること。
- 2 助成金の交付額を決定するため必要があるときは、愛知県内の他の市町村から転入された方について、本市が以前にお住まいの自治体へ助成金の受給状況について確認すること。
- 3 愛知県内の他の市町村に転出される方について、愛知県内の他の市町村が助成金の受給期間及びその額を決定するため、本市に助成金の受給期間及びその額について照会があったときにこれらに回答すること。
- 4 助成金の交付に関する決定等この規則の実施に関し必要があるときは、不妊治療を受けた医療機関又は加入されている保険者等に必要な事項を照会すること。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

蒲郡市不妊治療費助成事業受診等証明書

次のとおり一般不妊治療を実施し、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

医療機関名及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医がご記入ください）

受診者氏名	夫			妻				
受診者生年月日		年	月	日（歳）		年	月	日（歳）
貴医療機関における治療開始年月日		年	月	日				
今回の治療期間		年	月	日	～	年	月	日
○当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入してください。								
<input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査			<input type="checkbox"/> 精液検査					
<input type="checkbox"/> タイミング療法			<input type="checkbox"/> 精巣生検					
<input type="checkbox"/> 排卵誘発法（ 回）			<input type="checkbox"/> 人工授精（ 回）					
<input type="checkbox"/> 手術療法（手術方法						）		
<input type="checkbox"/> その他（						）		
・院外処方の有無（ <input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し ）								
－ 本人負担額の内訳 －								
区分	医療機関徴収分						薬局徴収分	
	保険診療分			保険診療以外の本人負担額			本人負担額	
	医療費総額	本人負担額①	総額②	(再掲)人工授精④		③		
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	
年 月分	円	円	円	円	円	円	円	
[今回の治療にかかった本人負担額合計]								
領収金額		円 (①～③の合計額) (うち人工授精分			円 ④の合計額)			

注1 不妊治療に係るもののみご記入ください。

2 院外処方有りの場合、薬局徴収分は薬局の領収書から本人負担額を転記してください。

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

第3号様式(第6条関係)

蒲 第 号
年 月 日

殿

蒲郡市長



蒲郡市不妊治療費助成金交付承認決定通知書

年 月 日付で申請のあった 年度の不妊治療費の助成について、承認することとし、下記金額を助成することを決定したので通知する。

助成することとした額 金 円

この処分に不服があるときは、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、蒲郡市長に対して審査請求をすることができます。

この処分に不服があるときは、前記の審査請求のほか、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、蒲郡市を被告として(訴訟において蒲郡市を代表する者は蒲郡市長となります。)この処分の取消しの訴えを提起することもできます。

なお、前記の審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決の送付を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、蒲郡市を被告としてこの処分の取消しの訴えを提起することができます。

第4号様式(第6条関係)

蒲 第 号
年 月 日

殿

蒲郡市長



蒲郡市不妊治療費助成金交付不承認決定通知書

年 月 日付で申請のあった 年度の不妊治療費の助成について、不承認
としたので通知する。

不承認とした理由 のため

この処分に不服があるときは、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、蒲郡市長に対して審査請求をすることができます。

この処分に不服があるときは、前記の審査請求のほか、この処分の通知を受けた日の翌
日から起算して6か月以内に、蒲郡市を被告として(訴訟において蒲郡市を代表する者は蒲
郡市長となります。)この処分の取消しの訴えを提起することもできます。

なお、前記の審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決の送付を受けた日の
翌日から起算して6か月以内に、蒲郡市を被告としてこの処分の取消しの訴えを提起する
ことができます。

第5号様式(第9条関係)

蒲郡市不妊治療費助成事業台帳

受給者番号			
		生年月日	
対	申請者氏名	()	年 月 日(歳)
	配偶者氏名	()	年 月 日(歳)
象	住所(※1)	〒 —	電話 ()
	住所(※2)	〒 —	電話 ()
者	備考		

申請受理 年月日	申請額	(承認・不承認) 決定年月日	助成額	医療機関名	治療期間		所得額	母子健康 手帳交付 年月日 (※3)
					開始	終了		
		(承認・不承認)			-----			
		(承認・不承認)			-----			
		(承認・不承認)			-----			
		(承認・不承認)			-----			
		(承認・不承認)			-----			
		(承認・不承認)			-----			
		(承認・不承認)			-----			
		(承認・不承認)			-----			
		(承認・不承認)			-----			
		(承認・不承認)			-----			
		(承認・不承認)			-----			
		(承認・不承認)			-----			

※1：夫婦の住所を記入すること。

※2：単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入すること。

※3：母子健康手帳の交付が確認できた場合に記入すること。

第1号様式 (第5条関係)

第2号様式 (第5条関係)

第3号様式 (第6条関係)

第4号様式 (第6条関係)

第5号様式 (第9条関係)