

○御殿場市不妊治療費用助成金支給要綱

平成26年9月18日

告示第216号

改正 平成26年11月14日告示第246号

平成27年12月28日告示第328号

御殿場市不妊治療費用助成金支給要綱（平成19年御殿場市告示第17号）の全部を改正する。

（趣旨）

第1条 この要綱は、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、その経済的な負担の軽減を図り、もって、少子化対策の充実を図るため、予算の範囲内において助成金を支給することに関し必要な事項を定めるものとする。

（一部改正〔平成26年告示246号〕）

（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、それぞれ当該各号に定めるところによる。

(1) 夫婦 戸籍謄本又は戸籍の全部事項証明書（日本国籍を有しない者（以下「外国人」という。）にあっては、婚姻関係を証明できる書類）により、法律上の婚姻をしていることが確認できる男女をいう。

(2) 不妊治療 医師により不妊症と診断された夫婦に対する医療機関における治療行為（医師の診断に基づき、やむを得ず当該治療行為が中断された場合を含む。）をいう。ただし、次に掲げる治療又は方法を除く。

ア 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

イ 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し、出産する方法

ウ 夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚を妻以外の第三者の子宮に注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠し、出産する方法

(3) 一般不妊治療 不妊治療のうち、特定不妊治療以外の治療をいう。

(4) 特定不妊治療 不妊治療のうち、体外受精（顕微授精を含む。）をいう。

(5) 不妊治療費用 不妊治療に係る治療費、検査料、直接治療に必要な凍結保存料等といい、文書料、入院費、食事代、個室料等治療に直接関係のない費用を除く。この場合において、人工授精に係る費用には、次に掲げるものを含む。

ア 事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びHIV等の感染症検査費用

イ 採精（事前採取も含む。）費用

- ウ 精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料（通常、人工授精施行当日に採取するが、夫の都合により人工授精当日に採取できない場合に限る。）
  - エ 精子の濃縮、精子の洗浄等に要する費用
  - オ 排卵誘発のためのHCG注射に係る費用
  - カ 精子を子宮内に注入するために要する費用
  - キ 人工授精後、感染予防のため、服用する抗生剤等に係る費用
- (6) 指定医療機関 静岡県特定不妊治療費助成事業実施要領（平成16年6月4日付け子家第170号静岡県健康福祉部長通知）第1の規定に基づき静岡県知事が指定する医療機関をいう。
- (7) 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 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 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
  - カ 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）  
（一部改正〔平成26年告示246号〕）

（支給対象者）

第3条 不妊治療費用助成金（以下「助成金」という。）の支給対象となる者は、次の各号のいずれにも該当する夫婦の一方とする。

- (1) 指定医療機関において、不妊治療を受けた夫婦であって、不妊治療が必要であると医師に診断された者。ただし、人工授精、男性不妊治療等の一般不妊治療に関しては、指定医療機関以外の医療機関であっても、不妊治療が必要であると医師に診断された夫婦を含む。
- (2) 夫又は妻が、本市の住民基本台帳に記録されている者

2 前項に規定するもののほか、一般不妊治療（人工授精）費助成事業費補助金交付要綱（平成26年3月31日付けこ家第660号静岡県健康福祉部長通知。以下「静岡県一般不妊補助要綱」という。）第2第2号に規定する一般不妊治療（人工授精）（以下「静岡県が規定する人工授精」という。）を受ける夫婦にあつては、当該助成に係る治療期間の初日における妻の年齢が40歳未満であり、かつ、夫及び妻の前年の所得（1月から5月までの間に助成金の支給を申請する場合は前々年の所得）の合計額が730万円未満であること。

3 前項に規定する所得の範囲及び所得の額の計算方法は、それぞれ児童手当法施行令（昭

和46年政令第281号)第2条及び第3条の規定を準用する。

(支給対象となる不妊治療)

第4条 助成金の支給対象となる不妊治療は、次に掲げるものとする。

- (1) 第1子又は第2子を対象とした不妊治療であること。
- (2) 医療保険各法の適用外の不妊治療であること(不妊治療を受けている間に当該不妊治療が医療保険の適用を受けることとなった場合を含む。)

(助成金の額等)

第5条 助成金の額は、不妊治療費用の2分の1以内の額とする。ただし、静岡県が規定する人工授精を受ける場合にあつては、当該人工授精に係る費用(9万円を限度とする。以下同じ。)の10分の7の額に当該不妊治療費用から当該人工授精に係る費用を控除した額の2分の1以内の額を加えた額とする。

2 前項の助成金の額について、医療保険各法又は共済組合の規約等に定めるところにより当該夫婦に対し任意の給付が行われる場合はその額を、静岡県特定不妊治療費補助金交付要綱(平成16年静岡県告示第648号。以下「静岡県特定不妊補助要綱」という。)による補助を受ける場合にあつては当該補助金の額を、それぞれの不妊治療費用から控除して助成金の額を算定するものとする。

3 第1項の助成金の額は、それぞれの不妊治療を合わせて1夫婦1年度当たり20万円(静岡県が規定する人工授精を含めて不妊治療を受ける場合にあつては、当該人工授精に係る費用の10分の2の額に20万円を加えた額)を限度とする。ただし、当該不妊治療のうち静岡県が規定する人工授精に係る部分の助成にあつては、当該治療を受けた日の属する年度ごとに6万3千円(県内の他市町で静岡県が規定する人工授精に係る助成を受けた場合は、当該助成金の額を含める。)を限度とする。

4 前項ただし書の規定の適用においては、静岡県が規定する人工授精に係る部分の助成であつてその助成の限度を超える部分については、当該限度を超える部分の2分の1以内の額を助成するものとする。

5 助成金の支給期間は、同一の夫婦に対する通算した5年度を限度とする。ただし、静岡県が規定する人工授精に係るものにあつては、当該助成に係る診療を開始した日の属する月(以下「助成開始月」という。)から起算した継続する2年間を限度とする。

6 前項に規定する支給期間について、静岡県が規定する人工授精に係るものにあつては、静岡県一般不妊補助要綱の規定により、県内の他市町が行った助成事業に係る助成期間をこれに含むものとする。ただし、次の各号に掲げる場合は、当該各号に定めるところにより、当該支給期間を延長又は再設置するものとする。

- (1) 医師の診断に基づき、やむを得ず静岡県が規定する人工授精を中断した場合 当該

中断した期間のうち助成の無かった月数以内で、支給期間を延長するものとする。

(2) この要綱の規定により静岡県が規定する人工授精を受けた夫婦が挙児を得て、その後更に第2子を得るために静岡県が規定する人工授精を受ける場合 当該治療に係る助成開始月から再び2年間を限度として支給期間を再設置するものとする。

7 第5項に規定する静岡県が規定する人工授精を受ける場合の支給期間は、4月から翌年3月までの1年間を単位とする。ただし、助成開始月が年度途中となった場合で、第1年度目の支給期間が12月未満であり、かつ、助成金の額が6万3千円未満である場合は、第3年度目の治療について、第1年度目の12月に満たなかった残りの月数以内で、6万3千円に満たなかった額を限度に助成することができるものとする。

(一部改正〔平成26年告示246号〕)

(支給の申請)

第6条 助成金の支給を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、御殿場市不妊治療費用助成金支給申請書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて、当該不妊治療の終了日から起算して90日（静岡県特定不妊補助要綱による補助を受ける場合は、当該補助金の額が決定した日から起算して90日）以内に市長に提出しなければならない。ただし、第5号の書類については、当該申請者の同意を得て市長において確認ができる場合は、省略することができるものとする。

(1) 御殿場市不妊治療費用助成事業受診等証明書（様式第2号）

(2) 戸籍謄本又は戸籍の全部事項証明書（外国人にあっては、婚姻関係を証明できる書類）

(3) 不妊治療を受けた医療機関が発行した領収書

(4) 静岡県特定不妊補助要綱による補助金の額を確認することができる書類（当該要綱による補助を受ける場合に限る。）

(5) 夫及び妻の前年の所得額を証明する書類（静岡県が規定する人工授精を受ける場合に限る。）

(6) 任意の給付の額を確認することができる書類（任意の給付を受けた場合に限る。）

(7) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

2 前項の規定に関わらず、静岡県が規定する人工授精に係る助成を受ける場合にあつては、当該不妊治療を受けた日の属する年度の末日までに市長に提出しなければならない。ただし、1月1日から3月31日までの間に不妊治療を受けた場合は、当該治療が終了した日から90日以内に申請することができる。

(支給の決定)

第7条 **市長は、前条の規定による申請書の提出があったときは、その内容を審査し、御**

殿場市不妊治療費用助成金（支給・不支給）決定通知書（様式第3号。以下「決定通知書」という。）により申請者に通知するものとする。

（助成金の請求）

第8条 助成金の支給決定を受けた申請者は、前条の決定通知書の受領後速やかに、御殿場市不妊治療費用助成金請求書（様式第4号）を市長に提出しなければならない。

（台帳の整備）

第9条 市長は、助成金の支給に当たり、御殿場市不妊治療費用助成金支給台帳（様式第5号）を整備するものとする。

（補則）

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

（一部改正〔平成26年告示246号〕）

附 則

この告示は、平成26年10月1日から施行する。

附 則（平成26年11月14日告示第246号）

この告示は、公示の日から施行する。

附 則（平成27年12月28日告示第328号）

この告示は、平成28年1月1日から施行する。

様式第1号(第6条関係)

御殿場市不妊治療費用助成金支給申請書

年 月 日

御殿場市長 様

住 所  
申請者 氏 名 印  
電話番号

御殿場市不妊治療費用助成金の支給を受けたいので、御殿場市不妊治療費用助成金支給要綱第6条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

夫	(フリガナ)	( )	生年月日	年 月 日
	氏 名			
	個人番号			
妻	(フリガナ)	( )	生年月日	年 月 日
	氏 名			
	個人番号			
不妊治療実施医療機関名				
加入医療保険(夫)		【種別】市町村国保・組回国保・健保・共済・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】市町村国保・組回国保・健保・共済・その他( ) 【保険者番号】( ) 【区分】本人・被扶養者		
任意の給付の有無		<input type="checkbox"/> あり(支給金額 円) <input type="checkbox"/> なし		
静岡県による補助の有無		<input type="checkbox"/> あり(補助金額 円) <input type="checkbox"/> なし		
過去の人工授精に対する助成の有無		<input type="checkbox"/> あり(助成期間 年 月 日から 年 月 日まで) (自治体名 市・町)(補助金額 円) <input type="checkbox"/> なし		
申請者等の所得額を確認するため、市が保有する市民税課税資料の閲覧を承諾しますか? (承諾されない場合は、所得額を証明する書類の提出が必要となります。)				はい・いいえ

(添付書類)

- (1) 御殿場市不妊治療費用助成事業受診等証明書(様式第2号)
- (2) 戸籍謄本又は戸籍の全部事項証明書(外国人にあつては、婚姻関係を証明できる書類)
- (3) 不妊治療を受けた医療機関が発行した領収書
- (4) 静岡県特定不妊補助要綱による補助金の額を確認することができる書類(当該要綱による補助を受ける場合に限る。)
- (5) 夫及び妻の前年の所得額を証明する書類(静岡県が規定する人工授精を受ける場合に限る。)
- (6) 任意の給付の額を確認することができる書類(任意の給付を受けた場合に限る。)
- (7) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

様式第2号(第6条関係)

御殿場市不妊治療費用助成事業受診等証明書

次の者については、不妊治療が必要なため、次のとおり医療保険適用外の治療を実施したことを証明します。

年 月 日

御殿場市長 様

所在地  
医療機関 名称  
主治医氏名 印

実施医療機関記入欄(太枠内は主治医が記入してください。)

(フリガナ) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日		年 月 日		年 月 日
○ 当該患者が今回行った不妊治療について、該当する箇所を記入してください。 ・ タイミング療法 {実施 回 実施日:( )・ 未実施} ・ 排卵誘発法 {実施 回 実施日:( )・ 未実施} ・ 人工授精 {実施 回 実施日:( )・ 未実施} ・ 体外受精 {実施 回 実施日:( )・ 未実施} ・ 顕微授精 {実施 回 実施日:( )・ 未実施} ・ 手術療法 {実施 回 実施日:( )・ 未実施} ・ その他 ( ) ○ 不妊治療を必要とした理由について記入してください。 [ ]				
今回の治療期間	年 月 日から 年 月 日まで			
○ 今回の治療内容(治療を中断した場合は、その経過を含む。)について記入してください。				
今回の治療に係る医療保険適用外領収金額	円			
うち人工授精に係る金額	円			

(注1) 助成対象となる不妊治療費用は、医療保険適用外の治療費、検査料及び直接治療に必要な凍結保存料等です(文書料、入院費、食事代、個室料等治療に直接関係のない費用を除きます。)

(注2) 人工授精に係る金額には、次に掲げる費用を含みます。

- ① 事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びHIV等の感染症検査費用
- ② 採精(事前採取も含む。)費用
- ③ 精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料(通常、人工授精施行当日に採取するが、夫の都合により人工授精当日に採取できない場合に限る。)
- ④ 精子の濃縮、精子の洗浄等に要する費用
- ⑤ 排卵誘発のためのHCG注射に係る費用
- ⑥ 精子を子宮内に注入するために要する費用
- ⑦ 人工授精後、感染予防のため、服用する抗生剤等に係る費用

様式第3号(第7条関係)

第 号  
年 月 日

様

御殿場市長 印

御殿場市不妊治療費用助成金(支給・不支給)決定通知書

年 月 日付けで申請のありました御殿場市不妊治療費用助成金について、次のとおり支給(する・しない)ことに決定しましたので御殿場市不妊治療費用助成金支給要綱第7条の規定により通知します。

助成金支給決定額 円

支給しない場合、その理由

様式第4号(第8条関係)

御殿場市不妊治療費用助成金請求書

金 \_\_\_\_\_ 円

ただし、 年 月 日付け 第 号により助成金の支給決定を受けた  
不妊治療費用助成金として、御殿場市不妊治療費用助成金支給要綱第8条の規定により、  
上記のとおり請求します。

年 月 日

御殿場市長 様

住 所  
請求者 氏 名 印  
電話番号

振込先金融機関	銀行 金庫 農業協同組合 店		
口座種別	普通・当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義人	( )		

注 請求者と口座名義人が異なるときは、委任状を添付すること。

御殿場市不妊治療費用助成金支給台帳

NO.

申請年度	1年度目	2年度目	3年度目	4年度目	5年度目	申請者氏名	生年月日	住 所	
	年 度	年 度	年 度	年 度	年 度		年 月 日	〒 ー	
申請年度	年 度	年 度	年 度	年 度	年 度	配偶者氏名	生年月日	(電話 ー )	
	年 度	年 度	年 度	年 度	年 度		年 月 日		

給付番号 年度一番号	申請年月日	治療開始年月日	治療方法	保険適用外支払い金額	県補助額	市助成額	文書番号	医療機関名	備考
		治療終了年月日					決定日		
	年 月 日	年 月 日		円	円	円	年 月 日		
	年 月 日	年 月 日		円		円	年 月 日		
	年 月 日	年 月 日		円		円	年 月 日		
	年 月 日	年 月 日		円		円	年 月 日		
	年 月 日	年 月 日		円		円	年 月 日		
	年 月 日	年 月 日		円		円	年 月 日		
	年 月 日	年 月 日		円		円	年 月 日		
	年 月 日	年 月 日		円		円	年 月 日		
	年 月 日	年 月 日		円		円	年 月 日		
	年 月 日	年 月 日		円		円	年 月 日		

様式第 1 号 (第 6 条関係)

(一部改正〔平成 27 年告示 328 号〕)

様式第 2 号 (第 6 条関係)

様式第 3 号 (第 7 条関係)

様式第 4 号 (第 8 条関係)

様式第 5 号 (第 9 条関係)