

坂町不育症治療費助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、不育症のため子どもを持つことが困難な夫婦に対し、医療保険各法の保険給付に係る規定が適用されない不育症治療等を受けた場合について、費用の一部を助成することにより、その経済的負担を軽減し、もって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) 不育症治療等 一般社団法人日本生殖医学会が認定した生殖医療専門医が所属する医療機関又は同等の能力を有する医療機関において、当該専門医により不育症と診断された場合における治療及び当該治療にかかる検査をいう。

(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 不育症治療等を開始した日から当該治療等に係る妊娠による出産（流産、死産等を含む。）に伴い治療が終了するまでの期間をいう。

(対象者)

第3条 助成を受けることができる者は、法律上の婚姻をしている夫婦であって、治療期間及び申請日のいずれにおいても、次の各号に掲げる要件をすべて満たすものとする。

(1) 夫又は妻のいずれかが1年以上前から住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）の規定に基づき本町の住民基本台帳に記録されていること。

(2) 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及び永住帰国後の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）第14条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。

(3) 町民税等の滞納がないこと。

(対象となる費用)

第4条 助成の対象となる費用は、医療保険各法の規定による保険給付が適用されない不育症治療等に関する治療費及び検査料（以下「治療費等」という。）とする。ただし、入院時の差額ベッド代、食事代等治療に直接関係のない費用は除く。

2 前項の治療費等は、平成24年4月1日以降に開始した不育症治療等に関するものとする。

(助成の額)

第5条 前条に規定する治療費等に対する助成金の額は、年度当たり30万円を限度とし、予算の範囲内において助成するものとする。

2 前項に規定する年度は、次条第1項の申請書を町長が受理した日を基準として決定する。

(助成の申請)

第6条 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、不育症治療等が終了した日の翌日から起算して2か月以内に、不育症治療費助成申請書（別記様式第1号）（以下「申請書」という。）に、次の各号に掲げる書類を添えて町長に提出するものとする。

(1) 不育症治療費助成申請に係る証明書（別記様式第2号）

(2) 戸籍謄本（外国人にあっては公的機関が発行した婚姻が確認できる書類）

(3) 不育症治療等を行った医療機関発行の領収書

2 前項第2号に掲げる書類は、町長が必要ないと認めるときは、省略できるものとする。

(助成の決定)

第7条 町長は、申請書を受理したときは、速やかに審査を行い、治療費等の助

成の可否を決定する。

2 町長は、前項の規定により治療費等を助成することを決定したときは、不育症治療費助成承認決定通知書（別記様式第3号）により申請者に通知する。

3 町長は、第1項の規定により治療費等を助成しないことを決定したときは、不育症治療費助成不承認決定通知書（別記様式第4号）により、理由を明示し、申請者に通知する。

（助成費の返還）

第8条 町長は、虚偽その他の不正手段により助成を受けた者に対して、助成した額の全部又は一部の返還を命ずることができる。

（台帳の整備）

第9条 町長は、治療費等の助成状況を明らかにするため、不育症治療費助成事業台帳（別記様式第5号）を整備するものとする。

（その他）

第10条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成24年4月9日から施行し、平成24年4月1日から適用する。

(別記)

様式第1号 (第6条関係)

不育症治療費助成申請書

平成 年 月 日

坂町長 様

関係書類を添えて、次のとおり不育症治療費の助成を申請します。

(ふりがな) 申請者氏名	()	生 年 月 日	昭和 年 月 日 (歳) 平成	
申請者住所	〒731-43 安芸郡坂町 電話 ()			
(ふりがな) 配偶者氏名	()	生 年 月 日	昭和 年 月 日 (歳) 平成	
助成申請額	_____ 円			
過去に自治体から 受けた不育治療費 の助成 (本町での 助成を含む) (※1)	<input type="checkbox"/> 不育治療費の助成を受けたことはない <input type="checkbox"/> 不育治療費の助成を受けたことがある (受けた回数 回) ・助成を受けた自治体 都・道・府・県 市・町・村 ・助成を受けた金額 円 ・助成を受けた時期 年 月			
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 組合 農協 店 所		
	預金種別	普 通 当 座	(ふりがな) 口座名義人	()
	口座番号			(左詰記入)
申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日		
受給者番号			住定年月日	

注 太枠の中を記入してください。

※記入欄が不足する場合は、枠外に記入してください。

婚姻関係及び税の滞納状況について関係各課に調査・確認することに同意します。

なお、必要な場合は、医療機関へ照会することに同意します。

申請者氏名 _____ 印

(口座名義人と同一)

様式第2号（第6条関係）

不育症治療費助成申請に係る証明書

下記の者について、不育症治療を実施し、これに係る治療費等を下記のとおり受領したことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

㊞

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（ ）		妻	（ ）	
		昭和 年 月 日（ 歳） 平成			昭和 年 月 日（ 歳） 平成	
領収年月日 平成 年 月 日～平成 年 月 日						
領収金額 金 _____ 円 〔今回の治療・検査にかかった金額合計：医療保険適用外診療に限ります。〕						
不育症治療の理由						
主な治療内容		今回の治療期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日				
		主治医氏名 _____ ㊞ (主治医が自署又は記名押印)				

注 治療費等は、不育症治療に要した治療費・検査料とし、入院時の差額ベッド代や食事代など直接治療に関係ないものは含みません。

様式第3号（第7条関係）

年 月 日

様

坂町長 印

不育症治療費助成承認決定通知書

年 月 日付で申請のあった不育症治療費の助成について、承認することとし、次の金額を助成することと決定しましたので通知します。

助成金額 金 _____ 円

なお、助成決定日以降1か月以内に指定口座に振り込む予定です。

様式第4号（第7条関係）

年 月 日

様

坂町長 印

不育症治療費助成不承認決定通知書

年 月 日付で申請のあった不育症治療費の助成については、次の理由により助成しないことに決定しましたので通知します。

（理由）

