

一宮町不妊治療費助成事業実施要綱を次のように定める。

令和6年3月29日

一宮町長

馬淵昌也



一宮町告示第21号

### 一宮町不妊治療費助成事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、不妊治療を行っている夫婦の経済的負担の軽減を図り、少子化対策の推進を図るため、不妊治療に要する医療費の一部を助成することに関し必要な事項を定めるものとする。

(助成の対象者)

第2条 助成の対象者は、原則として次に掲げる要件を満たす者とする。

- (1) 法律上の婚姻をしていること。
- (2) 夫及び妻が助成の申請を行う日の1年以上前から本町に住所を有し、かつ、居住していること。
- (3) 別表に定める医療保険各法に基づく医療保険（第4条において「各医療保険」という。）に加入していること。
- (4) 生活保護法（昭和25年法律第144号）第11条に規定する扶助を受けている世帯に属する者でないこと。
- (5) 申請を行う日において、町税及び国民健康保険税について滞納がないこと。

(助成の対象となる不妊治療)

第3条 助成の対象となる不妊治療は、国内の医療機関で行われる体外受精、顕微授精その他医師が認めた不妊治療とする。

2 前項の規定にかかわらず、次に掲げる不妊治療は、助成の対象としないこととする。

(1) 夫婦以外の第三者から提供を受けた精子、卵子又は胚<sup>はい</sup>を用いた不妊治療

(2) 代理母による代理出産(妻が卵巣及び子宮を摘出したこと等により、妻の卵子を使用することができず、かつ、妻が妊娠することができない場合に、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し、出産するものをいう。)のための不妊治療

(3) 借り腹による代理出産(夫婦の精子及び卵子を使用することができるが、子宮を摘出したこと等により妻が妊娠することができない場合に、夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚<sup>はい</sup>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、出産するものをいう。)のための不妊治療

(4) 他の自治体から助成を受けた不妊治療

(助成金の額等)

第4条 助成金の額は、年度当たり10万円を上限とし、不妊治療に要する本人負担額(各医療保険で不妊治療に要する費用に対し給付がされる場合は、その給付の額を控除した額)とし、1,000円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額とする。

(助成金の交付申請)

第5条 助成金の交付を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、一宮町不妊治療費助成金交付申請書(別記第1号様式)に、次に掲げる書類を添付して町長に提出するものとする。

(1) 一宮町不妊治療費助成事業医療機関受診等証明書(別記第2号様式)

(2) 当該不妊治療費の領収書及び診療明細書

(3) 保険証の写し

(4) 振込先金融機関の口座通帳の写し

(5) 高額療養費や付加給付の給付額が記載された関係書類の写し

(6) その他町長が必要と認めるもの

2 前項に規定する助成金の交付申請の期限は、不妊治療が終了した日から1年を経過す

る日の属する月の末日までとする。

(助成金の交付決定等)

第6条 町長は、前条第1項に規定する申請書を受理したときは、助成の要件を満たしているか審査を行い、助成金の交付又は不交付を決定し、一宮町不妊治療費助成金交付(不交付)決定通知書(別記第3号様式)により、当該申請者に通知するものとする。

(助成金の交付決定の取消し)

第7条 町長は、申請者が偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けたときは、前条の規定による交付決定を取り消すことができる。

(不当利得の返還)

第8条 町長は、この要綱による助成を受けた者が偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けたと認めるときは、既に交付を受けた助成金の全部又は一部の返還をさせることができる。

(その他)

第9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

この告示は、令和6年4月1日から施行し、同日以後に実施した不妊治療について適用する。

#### 別表(第2条関係)

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

(宛先) 一宮町長

申請者 住所  
(口座名義人と同一)  
氏 名

一宮町不妊治療費助成金交付申請書

一宮町不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな 妻 氏 名	-----		年 月 日生 ( 歳)	
妻 住 所	〒 一宮町		電話番号 ( ) ※日中連絡が取れる番号	
ふりがな 夫 氏 名	-----		年 月 日生 ( 歳)	
夫 住 所	〒 一宮町 □妻の住所と同じ		電話番号 ( ) ※日中連絡が取れる番号	
交付申請の額	<b>金 円</b>			
	※1,000円未満切捨て ※高額療養費や付加給付がある場合は差し引いた額			
【今回の治療を保険診療で受診した場合】 当該受診者の健康保険の限度額適用認定証の適用区分等	限度額適用認定証の適用区分 (受診者ごとに、該当区分に○をしてください)	□受診者が妻 認定証の発効年月日 年 月 日 認定証の有効期限 年 月 日		
	□受診者が妻 ア・イ・ウ・エ・オ・不明 □受診者が夫 ア・イ・ウ・エ・オ・不明	□受診者が夫 認定証の発効年月日 年 月 日 認定証の有効期限 年 月 日		
他自治体における助成について	次の内容を確認いただき、該当される場合は、□に✓を付けてください。 □本申請に係る治療の費用について、他の自治体で助成を受けておらず、また、受ける予定はありません。			
<p>私たち夫婦に関して次の確認行為等が一宮町によってなされることに同意します。(※)</p> <p>(1) 私たち夫婦の住民票情報並びに私たち夫婦に課された一宮町の町税及び国民健康保険税の納付状況の確認</p> <p>(2) 医療機関に対する治療内容等の照会及び加入する保険者に対する健康保険限度額適用認定区分等の照会</p> <p>(3) 一宮町以外の自治体への本申請に係る情報の照会・提供</p> <p>妻 氏名 _____ 夫 氏名 _____</p> <p>(自署又は記名押印) (自署又は記名押印)</p>				
振込先	金融機関	銀行 ・ 金庫 組合 ・ 農協		本店 ・ 支店
	種類	普通 ・ 当座	口座番号	
	ゆうちょ銀行	普通・当座	店番号	通帳番号
口座名義人	ふりがな 氏 名			

(※) 一宮町における事務処理に当たっては、個人情報の取扱いに十分留意し、プライバシーは厳守します。

一宮町不妊治療費助成事業医療機関受診等証明書

次の者については、不妊治療（及びその一環としての男性不妊治療）を実施し、これに係る医療費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 所在地  
 名称  
 主治医氏名

㊟(自署又は記名押印)

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

ふりがな 受診者氏名	妻			夫			
		年 月 日生（ 歳）			年 月 日生（ 歳）		
今回の治療への 保険の適用	保険適用 通算（ ）回目 ← 胚移植術の算定回数【1子ごとの(リセット後の)回数】を記入 ・保険適用による通算1回目の治療開始時(*)の妻の年齢（ 歳） (*）保険適用を受ける初めての胚移植術に係る治療計画を作成した日を指します。						
【保険診療で実施した治療】 今回の治療期間 ※1	(開始) 年 月 日 ~ (終了) 年 月 日						
	(男性不妊治療分 年 月 日 ~ 年 月 日)						
【保険診療で実施した治療】 今回の治療内容	(実施した生殖補助医療に係る治療で該当するもの全てに✓を付けてください。) <input type="checkbox"/> 採卵術 <input type="checkbox"/> 受精 ( <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 ) <input type="checkbox"/> 受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 胚凍結 <input type="checkbox"/> 胚移植術 ( <input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結・融解胚移植 )						
	<input type="checkbox"/> 精巣内精子採取術 (行った手術療法: ) (精子回収の有無: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )						
【保険診療で実施した治療】 診療月ごとの保険診療分 に係る医療費等	診療年月	自己負担額 ※2 (窓口負担額)	高額療養費に係る当該月の自己負担限度額 (限度額適用認定証の提示等により確認が取 れている場合、適用区分又は限度額を記入して ください。)				未確認の場合 は✓を付けて ください!
	生殖補助医療(妻の治療)						
	年 月分	円	適用区分( )又は限度額( 円)			<input type="checkbox"/> 未確認	
	年 月分	円	適用区分( )又は限度額( 円)			<input type="checkbox"/> 未確認	
	年 月分	円	適用区分( )又は限度額( 円)			<input type="checkbox"/> 未確認	
	年 月分	円	適用区分( )又は限度額( 円)			<input type="checkbox"/> 未確認	
	年 月分	円	適用区分( )又は限度額( 円)			<input type="checkbox"/> 未確認	
	年 月分	円	適用区分( )又は限度額( 円)			<input type="checkbox"/> 未確認	
	(妻)保険診療分の合計額	円					
	男性不妊治療(夫の治療)						
年 月分	円	適用区分( )又は限度額( 円)			<input type="checkbox"/> 未確認		
年 月分	円	適用区分( )又は限度額( 円)			<input type="checkbox"/> 未確認		
(夫)保険診療分の合計額	円						
保険診療と併用して実 施した先進医療に係る 治療 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 該当する□に✓を付け、「有」の 場合は右欄も記入してください。	(保険診療と併用して先進医療を実施した場合、実施した先進医療技術名に✓を付けてください。) <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(いわゆる、内膜スクラッチ法) <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(いわゆる、PICSI法) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査(いわゆる、ERA法) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査(いわゆる、EMMA/ALICE法) <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(いわゆる、IMSI法) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 <input type="checkbox"/> その他 { }						
	先進医療にかかった治療金額 (自費診療分) 円 ※2						

◎裏面の説明事項を参照してください。

第 号  
年 月 日

様

一宮町長

一宮町不妊治療費助成金交付（不交付）決定通知書

年 月 日付けで申請のあった、一宮町不妊治療費の助成金については、下記のとおり交付する（交付しない）ことに決定したので、一宮町不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定により通知します。

記

- 1 不妊治療費助成金額 円
- 2 不交付理由