

○ 高島市不育症治療費助成金交付要綱

平成25年7月4日

告示第85号

(趣旨)

第1条 この告示は、医療機関において不育症治療等を受けた夫婦の経済的負担を軽減するため、その治療費の一部を助成することについて、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この告示において、次に掲げる用語の定義は、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 2回以上の流産歴、死産歴または生後1週間以内の新生児死亡歴がある者に対して産婦人科医が実施する不育症の治療および当該治療に係る検査をいう。
- (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) 治療期間 不育症治療等を開始した日から治療が終了する日までの期間をいう。

(助成対象者)

第3条 助成金の交付を受けることができる者(以下「助成対象者」という。)は、治療期間中およびこの告示に基づく申請を行う時点において、次の各号に掲げる要件のいずれにも該当するものとする。

- (1) 法律上の婚姻をしている夫婦であること。
- (2) 夫婦のいずれか一方が本市に住所を有すること。
- (3) 夫および妻それぞれに市税等の滞納がないこと。
- (4) 夫および妻の前年(1月から5月までの間において第6条の規定による申請をする場合にあつては、前々年)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条の規定により算出した額をいう。)の合計額が、730万円未満であること。

- 2 前項に規定するもののうち、夫婦の一方が他市区町村に住所を有し、かつ、当該市区町村(当該他市区町村を包括する都道府県も含む。)におけるこの告示と同様の趣旨による給付(以下「他市区町村助成等」という。)を受けているものは、同項の規定に関わらず助成対象者としなない。

(助成の対象となる費用等)

第4条 助成の対象となる費用は、不育症治療等に係る費用とする。

- 2 前項の規定にかかわらず、次に掲げる費用は助成の対象としなない。

- (1) 医療保険各法の規定に基づく保険給付が適用される不育症治療等に係る費用
- (2) 入院時の差額ベッド代、食事代、文書料その他の直接治療に関係のない費用
- (3) 他市区町村助成等の対象となった不育症治療等に係る費用

(助成金の範囲)

第5条 助成金の1年度当たりの限度額は、10万円とする。

- 2 この告示による助成を受けることができる年度は、初めて助成金の交付を受けた日が属する年度から3年度(助成金の交付を受けなかつた年度を除く。)とする。

(助成の申請)

第6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、治療期間ごとに、不育症治療費助成金交付申請書兼請求書(別記様式第1号)に次に掲げる書類を添えて、市長に申請しななければならない。

- (1) 不育症治療等実施医療機関等証明書(別記様式第2号)
- (2) 不育症治療等実施医療機関等の発行する領収書
- (3) 申請日において発行日から3か月以内の、法律上の婚姻と住所地を証明する書類
- (4) 夫および妻の前年の所得(1月から5月までの申請については前々年の所得)の額が確認できる書類(所得証明書等市区町村が発行するものに限る。)
- (5) 夫および妻の市税等の完納を証する書類
- (6) その他市長が必要と認める書類

- 2 前項第3号から第5号までに掲げる書類は、市長が必要ないと認めるときは、添付を省略することができる。

- 3 申請者は、治療期間が終了した日の属する年度の翌年度末までに、当該治療期間に係る助成金の交付の申請をしななければならない。ただし、市長が特に認める場合は、この限りではない。

(助成金の額の確定)

第7条 市長は、前条第1項の申請があったときは、その内容を審査し、助成金交付の可否の決定を行い、その旨を不育症治療費助成金交付可否決定通知書(別記様式第3号)により申請者に通知するものとする。

2 市長は、前項の規定により助成金の交付を決定したときは、申請者に対し速やかに助成金を交付するものとする。

(委任)

第8条 この告示に定めるもののほか、助成金の交付に関し必要な事項は、市長が別に定める。

制定文 抄

平成25年4月1日から適用する。

別記

様式第1号（第6条関係）

（表）

不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

高島市長

高島市不育症治療費助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不育症治療費の助成を申請し、請求します。

また、必要な場合は、医療機関に照会することに同意します。

記

	(ふりがな) 氏 前	生 年 月 日	住 所
夫	㊞	年 月 日	電話 ()
妻	㊞	年 月 日	電話 ()
申請金額		(1年度当たり100,000円上限)	
_____円		申請年数：通算_____年目	
振 込 先	金融機関	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所	
	種 別	普通 ・ 当 座	(ふりがな) () 口座名義人
	口座番号		(右詰記入)

(注) 太枠の中を記入してください。

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号			

裏面に続く。

(裏)

○承諾書

(夫婦の一方が高島市外に住所を有する場合のみ記入してください。)

①高島市不育症治療費助成金交付の可否決定に伴い、他市区町村（当該他市区町村を包括する都道府県を含む。）におけるこの助成金と同様の趣旨による給付の有無の確認が必要となるときには、市長が当該他市区町村へ照会し、当該他市区町村から回答を得ることを承諾します。

本申請の治療開始日から申請日または申請年度における住所地	
夫	1)
	2)
	3)
妻	1)
	2)
	3)

年 月 日

夫氏名.....⑩

妻氏名.....⑩

(添付書類)

- 1 不育症治療等実施医療機関等証明書
- 2 不育症治療等実施医療機関等の発行する領収書
- 3 申請日において発行日から3か月以内の、法律上の婚姻と住所を証明する書類
- 4 法律上の婚姻をしている夫婦の所得の額を証明する書類
- 5 法律上の婚姻をしている夫婦それぞれの市税等の完納を証明する書類

様式第2号（第6条関係）

不育症治療等実施医療機関等証明書

受診者	氏名			
	生年月日	年	月	日
検査および治療期間	年 月 日～ 年 月 日			
診断名				
流産／死産／新生児死亡歴	1回目（流産／死産／新生児死亡）： 年 月 日 2回目（流産／死産／新生児死亡）： 年 月 日 ※ 3回目以降の記載は不要です。			
主な検査および治療内容	検査内容 <input type="checkbox"/> 夫婦の染色体検査 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンIgM検査 <input type="checkbox"/> 抗フォスファチジルエタノールアミンIgG検査 <input type="checkbox"/> プロテインS活性検査 <input type="checkbox"/> 抗フォスファチジルエタノールアミンIgM検査 <input type="checkbox"/> 流産内容物染色体検査 <input type="checkbox"/> MLC習慣流産検査 <input type="checkbox"/> その他（ ） 治療内容 <input type="checkbox"/> 夫のリンパ球輸注免疫感作療法 <input type="checkbox"/> 免疫グロブリン療法 <input type="checkbox"/> ヘパリン自己注射療法（平成23年12月以前の実施分に限る） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
領収金額	円（保険適用外の自己負担額）			
上記のとおり、不育症検査および治療を行い、それに係る費用を徴収したことを証明します。 年 月 日 医療機関 所在地 名称 医師名 ㊟				

（注）助成対象者は、過去の流産、死産および生後1週間以内の新生児死亡歴が2回以上の方です。

証明内容について、本人同意のもと高島市が問い合わせる場合があります。

主な検査および治療内容は、保険適用外の実施分について、□を選択してください。

様式第3号（第7条関係）

番 号
年 月 日

様

高島市長



不育症治療費助成金交付可否決定通知書

年 月 日付で申請のあった高島市不育症治療費助成金を次のとおり決定したので、高島市不育症治療費助成金交付要綱第7条の規定により通知します。

記

申請者		夫	妻
	ふりがな 氏 名		
	生年月日		
	住 所		
助成の可否	可 ・ 否		
助成の内容	助成金の額	金 円	
	助成回数	年度 回目（通算 年目）	
却下の理由			

別記様式第1号(第6条関係)

様式第2号(第6条関係)

様式第3号(第7条関係)