

○志賀町不妊治療費助成金交付要綱

平成28年12月20日

告示第71号

志賀町不妊治療費助成金交付要綱(平成23年志賀町告示第58号)の全部を改正する。

(趣旨)

第1条 この告示は、不妊治療及び不妊検査を受けた夫婦に対し、その治療又は検査に要する費用の一部を助成することにより経済的負担の軽減を図り、もって少子化対策を推進することを目的として、志賀町不妊治療事業に対する助成金(以下「助成金」という。)を交付することに関し、志賀町補助金等交付規則(平成23年志賀町規則第1号。以下「規則」という。)に定めるもののほか、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、次の各号に掲げる用語の定義については、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 不妊症 医療機関において不妊症と診断されたものをいう。
- (2) 治療費 不妊治療に関する検査費及び診療費をいう。
- (3) 特定不妊治療 体外受精及び顕微授精に係る不妊治療をいう。
- (4) 一般不妊治療 体外受精及び顕微授精を除く不妊治療をいう。

(対象となる者)

第3条 助成金の交付の対象となる者は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 法律上の婚姻関係にある夫婦であって、不妊治療を受けた者であること。ただし、助成に係る治療期間の初日における妻の年齢が45歳未満であること。
- (2) 夫婦の両者又は一方が、助成金の申請日の1年以上前から引き続き住民基本台帳法(昭和42年法律第81号)の規定に基づく本町の住民基本台帳に記録されていること。
- (3) 次に掲げる法律(以下「医療保険各法」という。)の規定による被保険者若しくは組合員又はそれらの被扶養者であること。

ア 国民健康保険法(昭和33年法律第192号)

イ 健康保険法(大正11年法律第70号)

- ウ 船員保険法（昭和14年法律第73号）
- エ 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）
- オ 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- カ 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）

(4) 児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第2条及び第3条の規定により算出した夫婦の前年の所得（前年の所得が確定するまでの間については、前々年の所得とする）の合計額が730万円未満の者であること。

(5) 対象となる者及びその配偶者に町税等の滞納がないこと。ただし、分納誓約等により、適正、かつ、確実な納付が見込まれるとき、又は町長がやむを得ない事情があると認めるときは、この限りでない。

(6) 特定不妊治療の場合は、石川県不妊治療費助成事業の助成が決定された者であること。ただし、県の助成対象となる年齢又は回数を超える者にあつては、この限りでない。

（対象となる事業）

第4条 助成金の対象となる事業は、次のとおりとする。

- (1) 特定不妊治療
- (2) 一般不妊治療

（対象となる経費）

第5条 助成金の対象となる経費（以下「助成対象経費」という。）は、不妊検査を含む一般不妊治療及び特定不妊治療に要する経費（第三者から精子、卵子又は胚の提供による不妊治療及び代理母等による妊娠及び出産するものを除く。）とする。

（助成金の額及び期間）

第6条 助成金の額は、助成対象経費から県及び他市町村助成金及び医療保険各法に基づく保険者の規定により不妊治療に要する経費に対して給付される給付金を控除した額とし、次の各号に掲げる額とする。ただし、算出された額に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額とする。

- (1) 特定不妊治療については、県の助成を除いた7割に相当する額とする。ただし、県の助成対象となる年齢又は回数を超えた治療費については、当該年度の限度額の範囲内において助成金の対象とする。

(2) 一般不妊治療については、治療費の2分の1以内の額で当該年度につき7万円を限度とし、同一の夫婦に対し、助成の開始となる診療日の属する年度から連続する2年間とする。

2 特定不妊治療及び一般不妊治療の助成金を合わせた限度額は、当該年度につき70万円とする。

(交付の申請)

第7条 規則第3条第1項の規定により助成金の交付の申請をしようとする者（以下「申請者」という。）は、次の各号に掲げる期日までに志賀町不妊治療費助成金交付申請書（様式第1号）を町長に提出しなければならない。

(1) 特定不妊治療 対象治療が終了した日の属する年度の末日までとする。ただし、終了日が2月又は3月のときは、5月末日までとする。

(2) 一般不妊治療 治療を受けた日の属する月の翌月の初日から起算して2年以内

2 規則第3条第2項の規定による添付書類は、次の各号に掲げるとおりとする。

(1) 不妊治療に要した経費の領収書

(2) 一般不妊治療医療機関受診等証明書（様式第2号）

(3) 石川県特定不妊治療受診等証明書の写し

(4) 石川県知事から交付された助成承認決定通知書の写し（県の助成対象となる年齢又は回数を超える者は、特定不妊治療医療機関受診等証明書（様式第2の2号）を添付）

(5) 公簿及び町税等納付状況調査に関する同意書（別紙）

(6) 法律上の婚姻関係にあることを証明できる書類

(7) 申請者及び配偶者の住民票

(8) 所得証明書（1月1日現在、本町に住所を有する者は不要）

(9) その他町長が必要と認める書類

3 前項第6号から第8号の書類の添付については、申請者の同意を得て公簿による確認が可能な場合には、省略することができる。

(決定の通知)

第8条 町長は、規則第6条の規定により助成金の交付の決定をしたときは、その決定の内容及びこれに付した条件を、交付しない旨の決定をしたときはその旨及び理

由を、志賀町不妊治療費助成金交付（不交付）決定通知書（様式第3号）により、速やかに当該申請者に通知しなければならない。

（申請の取下げ）

第9条 規則第7条第1項の規定により申請を取り下げることができる期日は、助成金の交付の決定の通知を受けた日から15日以内とする。

（助成金の交付）

第10条 規則第16条の規定により助成金の交付を受けようとする申請者は、志賀町不妊治療費助成金請求書（様式第4号）を町長に提出しなければならない。

（その他）

第11条 この告示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

（施行期日）

1 この告示は、公表の日から施行し、平成28年4月1日から適用する。

（経過措置）

2 この告示の施行の日の前日までに、改正前の志賀町不妊治療費助成金交付要綱の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、この告示の相当規定によりなされた処分、手続その他の行為とみなす。

様式第1号(第7条関係)

年 月 日

志賀町長 様

申請者 住所
氏名

印
(口座名義人と同一)

志賀町不妊治療費助成金交付申請書(特定・一般)

不妊治療費助成金の交付を受けたいので、志賀町不妊治療費助成金交付要綱第7条の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ 氏名 (生年月日)	昭和・平成 年 月 日生 (歳)		
		個人番号(12桁)		
	住所	〒 - Tel () -		
	1年前の住所及び 過去1年間に居住 した市町村(注)			
加入医療保険	[保険者名称] [被保険者証の記号及び番号] [被保険者名]	[保険者番号]		
配偶者	フリガナ 氏名 (生年月日)	昭和・平成 年 月 日生 (歳)		
		個人番号(12桁)		
	住所	〒 - Tel () -		
	1年前の住所及び 過去1年間に居住 した市町村(注)			
加入医療保険	[保険者名称] [被保険者証の記号及び番号] [被保険者名]	[保険者番号]		
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協	支店名	店
	口座種別	普通・当座	口座番号:	
	口座名義人<カナ> (申請者と同一)	漢字使用不可。カタカナ及び英数字のみで記載してください。		
町確認欄	不妊治療に要した本人負担額	円	交付申請額	円

(注) 助成を申請している最初の診療月の1年前の住所(上欄の住所と異なる場合)を記入してください。

[添付書類]

- 1 不妊治療に要した経費の領収書
- 2 一般不妊治療医療機関受診等証明書(様式第2号)
- 3 石川県特定不妊治療受診等証明書の写し
- 4 石川県知事から交付された助成承認決定通知書の写し
(県の助成対象となる年齢又は回数を超える者は、特定不妊治療医療機関受診等証明書(様式第2の2号))
- 5 公簿及び町税等納付状況調査に関する同意書(別紙)
- 6 法律上の婚姻関係にあることを証明できる書類
- 7 申請者及び配偶者の住民票
- 8 所得証明書(1月1日現在、本町に住所を有する者は不要)
- 9 その他町長が必要と認める書類

別紙

公簿及び町税等納付状況調査に関する同意書

年 月 日

志賀町長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩

配偶者 住 所
氏 名 ⑩

年度志賀町不妊治療費助成金交付の審査にあたり、志賀町が、私及び配偶者の下記の公簿を閲覧し、調査することに同意します。

記

閲覧及び調査する公簿

- (1) 戸籍
- (2) 住民基本台帳
- (3) 所得状況
- (4) 町税等の納付状況
- (5) 医療機関での治療状況
- (6) 石川県（他都道府県・指定都市・中核市を含む）助成制度の受給状況
- (7) 加入する医療保険からの助成金等の受給状況

※以下、税務課使用欄

項目	該当するものに○		調査日	調査課名	調査担当者印	課長印
	滞納	分滞納付				
町民税	有・無	有・無		税務課		
固定資産税	有・無	有・無				
軽自動車税	有・無	有・無				
国民健康保険税	有・無	有・無				

一般

一般不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

志賀町長 様

医療機関等
住所
名称
代表者
電話番号

印

下記のとおり、不妊治療を実施し本人負担額を領収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
貴医療機関における不妊治療開始年月日				
年 月 日 ~				
()年度における診療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
保険診療に要した総点数	点	保険診療分の本人負担 (領収)金額	円	
保険診療以外の不妊治療に係る本人負担(領収)金額 (ただし、体外受精・顕微授精を除く。)				円
負担額の内訳	区 分	保険診療分		保険診療以外の 本人負担金額
		診療点数	本人負担金額	
	年4月分	点	円	円
	年5月分	点	円	円
	年6月分	点	円	円
	年7月分	点	円	円
	年8月分	点	円	円
	年9月分	点	円	円
	年10月分	点	円	円
	年11月分	点	円	円
	年12月分	点	円	円
	年1月分	点	円	円
	年2月分	点	円	円
年3月分	点	円	円	

不妊治療の内容	<input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談)		
	<input type="checkbox"/> 薬物療法(内服・注射)		
	<input type="checkbox"/> 腹腔(子宮)鏡手術		
	<input type="checkbox"/> その他の手術()		
	<input type="checkbox"/> 人工授精		
	<input type="checkbox"/> 検査()		
	<input type="checkbox"/> その他()		
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し

- 1 不妊治療に関する費用についてのみご記入ください。
- 2 食事療養費標準負担額、個室料の治療に直接関係ない費用は含まないでください。
- 3 治療開始以後、助成を開始した月から2年間助成を受けることができます。
- 4 医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。(薬局が発行する同証明書の添付が必要です。)

特定不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

志賀町長 様

医療機関等

住所

名称

主治医氏名

印

電話番号

下記のとおり、特定不妊治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

(フリガナ) 受診者氏名		()		()	
夫	妻				
生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)	
貴医療機関における不妊治療開始年月日		年 月 日			
治療期間	治療方法			領収金額 (保険外診療に限る)	
	該当する記号（注参照）に○を付けてください			A又はBの場合、該当する番号に○を付けてください	
平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	A B C D E F	1 体外受精 2 顕微授精	円		
平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	A B C D E F	1 体外受精 2 顕微授精	円		
平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	A B C D E F	1 体外受精 2 顕微授精	円		
平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	A B C D E F	1 体外受精 2 顕微授精	円		
合 計				円	

(注) 助成対象となる治療は、次のいずれかに相当するものです。

採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。

- A 新鮮胚移植を実施
- B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施
- C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
- D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
- E 受精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等による中止
- F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止

様式第3号(第8条関係)

第 号
年 月 日

様

志賀町長



志賀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助成金の交付について、志賀町補助金等交付規則第6条及び志賀町不妊治療費助成金交付要綱第8条の規定により、下記のとおり交付(不交付)の決定をしたので通知します。

記

助成年度	年度
交付決定額 (不交付の理由)	特定 ・ 一般 円
助成対象期間	年 月診療分～ 年 月診療分

(給付履歴)

年 度	支給額(円)	支給日	備 考

様式第4号(第10条関係)

年 月 日

志賀町長 様

請求者

住所

氏名

㊞

志賀町不妊治療費助成金請求書

年 月 日付け 第 号により助成金交付額の決定通知を受けた助成金について、下記の金額の交付を受けたいので、志賀町補助金等交付規則第16条第2項及び志賀町不妊治療費助成金交付要綱第10条の規定により請求します。

記

助成年度	年度
請求額	円
内訳	本人負担額 円
	申請額 円
	交付決定額 円

様式第1号（第7条関係）

様式第2号（第7条関係）

様式第2の2号（第7条関係）

様式第3号（第8条関係）

様式第4号（第10条関係）