

## 下関市一般不妊治療費助成事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、次世代育成支援の一環として、子どもを生き育てやすい環境づくりを推進するため、下関市内に住所を有し、医療保険各法の規定による不妊治療を受けている夫婦に対して、当該不妊治療費の一部を助成することにより、その経済的負担の軽減を図ることを目的とする。

### (定義)

第2条 この要綱において「医療保険各法」とは、次の各号に掲げる法律をいう。

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

2 この要綱において「一般不妊治療」とは、申請日の属する年度に受けた医療保険各法の規定による不妊治療（診断のための検査や治療効果を確認するための検査等治療の一環として実施される検査を含む。）をいう。

3 この要綱において「自己負担金」とは、対象者の一般不妊治療について医療保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合において、被保険者、組合員、又は被扶養者が負担すべき額（当該医療費に対する他の法令に基づく給付及び附加給付金がある場合はその額を控除するものとし、かつ、医療保険各法の規定による入院時食事療養に係る療養を受ける者については、当該入院時療養費の給付に関するこれらの法律に規定する標準負担額を除くものとする。）をいう。

### (対象者)

第3条 この事業の対象者は、下関市内に住所を有し、産婦人科又は泌尿器科を標榜する医療機関において一般不妊治療を受けている法律上の夫婦であって、申請日において、次の各号のすべてに該当するものをいう。

- (1) 夫又は妻が医療保険各法の規定に基づく被保険者、組合員又は被扶養者

であること。

- (2) 夫及び妻の前年の所得（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条に規定する計算方法により算出した額をいう。以下同じ。）の合計額（1月から5月までの申請については前々年の所得の合計額をいう。）が730万円未満であること。

（助成の範囲）

第4条 下関市は、対象者が一般不妊治療を受けた日の属する年度ごとに、対象者が負担した自己負担金に対して、1年度当たり3万円を限度に、5年を限度として助成する。

ただし、3年目以降は、医師が必要と判断し、2年を超えて一般不妊治療を受けた対象者に限る。

- 2 前項で規定する1年度当たりの助成額及び助成機関は、対象者が、山口県一般不妊治療費助成事業費補助金交付要綱（平成16年（2004年）4月30日付け健康増進第221号山口県健康福祉部長通知）に基づき山口県内の他の市町が実施する一般不妊治療費の助成を受けた場合は、助成額については、他の市町の助成額を含み1年度当たり3万円を限度とし、助成期間については、他の市町で受けた期間を含み5年を限度とする。

（助成金の申請等）

第5条 この要綱により、一般不妊治療費の助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、一般不妊治療費助成事業申請書（以下「申請書」という。）（別記第1号様式）を、下関市長（以下「市長」という。）に提出するものとする。

- 2 申請書には、次の各号に掲げる書類を添付しなければならない。
- (1) 一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書（別記第2号様式）
  - (2) 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類
  - (3) 第3条第2号の所得の額を確認できる所得証明書
- 3 申請者は、一般不妊治療を受けた日の属する年度の末日までに申請書を提出するものとする。ただし、特別な事情がある場合は除く。
- 4 市長は、申請書を受理した場合において、速やかにその内容の審査を行い助成金の給付を決定したときは、申請者に一般不妊治療費助成事業承認決定

通知書（別記第3号様式）により通知する。

- 5 市長は、前項の通知を受けた者から申請があった場合において、当該年度においては、第2項第2号及び第3号に掲げる書類の添付を省略させることができる。
- 6 市長は、申請書を受理した場合において、その内容の審査を行い、助成金の給付を行わないことを決定したときは、一般不妊治療費助成事業不承認決定通知書（別記第4号様式）により申請者に通知する。
- 7 市長は、本事業の適正な執行を期するため、一般不妊治療費助成事業台帳（別記第5号様式）を備えるものとする。

（一般不妊治療費の返還等）

第6条 市長は、偽り、その他不正な手段により一般不妊治療費の助成を受けた者があるときは、その者に対し、助成金の全部又は一部の返還を命ずることができる。

（その他）

第7条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項については、別に定める。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱は、平成17年2月13日から施行し、平成16年4月1日以降に受けた一般不妊治療に係る自己負担金について適用する。

（経過措置）

- 2 この要綱の施行の日前に、下関市一般不妊治療費助成事業実施要綱（平成16年6月1日施行）その他菊川町、豊浦町、豊田町又は豊北町における相当の規程に基づきなされた処分、手続その他の行為は、この要綱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。

附 則

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年8月26日から施行し、改正後の下関市一般不妊治療費助成事業実施要綱の規定は、同年4月1日以降に申請した対象者について適用する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

## 下関市一般不妊治療費助成事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

## 記

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日			
夫	( )	昭和・平成	年	月	日 ( 歳)
妻	( )	昭和・平成	年	月	日 ( 歳)
住所(※1)	〒	電話 ( )			
住所(※2)	〒	電話 ( )			
申請者氏名		印		印	
(夫及び妻が記名押印)					
申請金額 金		円		医療保険各法の規定による医療に関する 給付額 円	
平成		年		月 日	
下関市長 様					
過去に下関市又は山口県内の他の市町村から一般不妊治療費の助成を受けたことがありますか。					
<input type="checkbox"/> 一般不妊治療費の助成を受けたことはない					
<input type="checkbox"/> 一般不妊治療費の助成を受けたことがある					
助成を受けた自治体					
助成を受けた時期		年 月	年 月	年 月	年 月
助成金額(円)					
加入医療保険 (夫)	【種別】 国保・健保・船員・共済・その他( )	【区分】 本人・被扶養者			
	【保険者番号】 ( )				
加入医療保険 (妻)	【種別】 国保・健保・船員・共済・その他( )	【区分】 本人・被扶養者			
	【保険者番号】 ( )				
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店(支所) 出張所	
	預金の種類	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人		
	口座番号				(左詰記入)

注)太枠の中をご記入ください。

※1:夫婦の住所を記入する。

※2:夫婦の住所が異なる場合に記入する。(単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合など)

(添付書類) 1. 下関市一般不妊治療費助成事業医療機関証明書(領収書添付)

注)保険薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明書と合わせて申請書を提出してください。

2. 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類

3. 夫及び妻の市町村が発行する所得証明書(児童手当法施行令による控除が確認できるもの)

提出にかかる留意事項

① 夫婦の住所が異なる場合、重複支給はできません。必ずどちらか一方が住所を有する市町で、申請をしてください。

② 治療を受けた日の属する年度(4月1日から3月31日まで)内に提出してください。

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号			
他不妊治療費助成制度との同時申請 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		有の場合のみ 住民票・所得証明書の省略 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

以前の受給歴について以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する  
説明書

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1夫婦あたりの助成限度が定められています。

山口県内の他の自治体から転入された方は、以前にお住まいの自治体に、この助成金の以前の受給状況を確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

## 下関市一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書

平成 年 月 日

下関市長 様

(産婦人科又は泌尿器科を標榜する医療機関)

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、保険診療に係る被保険者負担額を領収したことを証明します。

## 記

(ふりがな) 受診者氏名	( )	男 女	生年月日 年 月 日
病名 (不妊症の原因疾患名)			貴医療機関における不妊治療開始年月日 年 月 日
治療の医学的必要性 (*1)	有 ・ 無		
平成 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 (*2)	点		
保険診療費被保険者負担(領収)額	円		
保険診療に係る 検査・不妊治療の 内容	<input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 (不妊相談) <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 (内服・注射) <input type="checkbox"/> 精索静脈瘤手術 <input type="checkbox"/> 投薬 ( ) <input type="checkbox"/> その他の検査 ( ) <input type="checkbox"/> その他の手術 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
特記事項 (*3)			

\*1) 貴医療機関において一般不妊治療を行った期間が2年を超える場合及び他の医療機関において一般不妊治療を行った期間を含め治療期間が2年を超える場合に記入してください。

\*2) 保険診療に要した総点数は、本人負担分の点数を記入してください。

\*3) 処方せんを交付された場合は、処方せん交付日、薬剤名、投薬日数を特記事項欄に記入してください。(特記事項欄の記入に代え、処方せんの写しを添付することも可)

\*4) 治療をした日の属する年度(4月1日～3月31日まで)内の内容を記入してください。

## 下関市一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書

平成 年 月 日

下関市長 様

(薬局)  
住所  
名称  
薬剤師名  
電話番号

印

下記のとおり、処方せんに基づいて調剤した薬剤を交付し、被保険者負担額を領収したことを証明します。

## 記

(ふりがな)	( )	
受診者氏名	男・女	
生年月日	年	月 日
処方せん 交付医療機関	医療機関名	
	所在地	
	医師名	
	交付年月日	
調剤内容	調剤年月日	
	薬剤名	
	投薬日数	
	領収金額	円

- \*) 治療をした日の属する年度(4月1日～3月31日まで)内の内容を記入してください。  
処方せん交付医療機関欄及び調剤内容欄の記入に代え、調剤済印を押印した処方せんの写し  
\*) を添付することも可とする。ただし、処方せんの写しに記載されていない項目は必ず記載すること。