

○甲賀市特定不妊治療費助成事業実施要綱

平成19年4月1日

告示第39号

改正 平成21年3月2日告示第8号

平成22年4月30日告示第38号

平成23年4月1日告示第44号

平成24年5月24日告示第31号

平成25年6月28日告示第45号

平成26年9月10日告示第62号

平成28年7月14日告示第58号

(目的)

第1条 この告示は、不妊治療のうち、体外受精及び顕微授精（以下「特定不妊治療」という。）に要する経費の一部を助成することで、その経済的負担を軽減することにより出産への支援を行うことを目的とし、その交付に関しては、甲賀市行政サービス制限条例（平成22年甲賀市条例第18号）及び甲賀市行政サービス制限条例施行規則（平成22年甲賀市規則第16号。以下「規則」という。）に規定するもののほか、この告示に定めるところによる。

(保険外診療の助成)

第2条 本事業は、保険診療と保険外診療を組み合わせて行う混合診療を認めるものではなく、保険外診療である特定不妊治療を受けた場合の自己負担額の一部を助成するものとする。

(助成対象者)

第3条 特定不妊治療の対象となる者は、次の各号いずれにも該当するものとする。

(1) 特定不妊治療（医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中断した場合を含む。）の治療法以外では妊娠の見込みがないか、又は極めて少ないと医師に診断された者

(2) 法律上の婚姻をしている夫婦で、申請日においていずれか一方又は両方が1年以上前から市内に居住し、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づく住民基本台帳に記録されている者

(3) 滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業の助成を受けた者で、自己負

担額の全額を助成されていない者

(4) 市税（市民税、固定資産税及び軽自動車税）の滞納がない者

（対象とならない不妊治療）

第4条 次の各号に掲げる治療法は、助成の対象としない。

(1) 夫婦以外の第三者からの精子、卵子又は胚の提供による特定不妊治療

(2) 代理母による特定不妊治療

(3) 借り腹による特定不妊治療

（助成の額）

第5条 助成する額は、特定不妊治療に要した費用について1年度3回の治療を限度とし、その合計額を5万円までとする。ただし、特定不妊治療のうち精巣又は精巣上体からの精巣採取の手術の治療による男性不妊治療を実施した場合は、本文の助成に加え、1年度1回の治療を限度に5万円までを上限とし助成する。

2 前項に規定する年度は、滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業の助成を受けた年度を基準とする。

3 第1項本文の規定に関わらず、平成26年度以降に新規で助成を受ける場合において、当該助成に係る治療期間の初日における妻の年齢が40歳未満であるときは、次のとおりとする。

(1) 年間の助成回数は制限しない。ただし、通算回数は6回を限度とする。

(2) 助成の額は、1回の治療につき5万円を限度とする。

（助成の期間）

第6条 助成する期間は、通算5年度とする。

2 前項の規定に関わらず、前条第3項に該当する者は助成の期間は制限しない。

（助成の申請）

第7条 特定不妊治療の助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、特定不妊治療費助成申請書兼実績報告書（様式第1号）に次の各号に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

(1) 特定不妊治療費助成事業受診証明書（様式第2号）又は滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の写し

(2) 滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書の写し

(3) 医療機関が発行した今回の特定不妊治療における保険外診療分領収書の

写し

(4) 夫婦の納税証明書等（規則第4条に定める様式）

(5) その他市長が必要と認める書類

2 前項の申請は、滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書の日から起算して90日以内にしなければならない。ただし、市長が特に認める場合は、この限りでない。

（交付決定）

第8条 市長は、前条の申請を受理したときは、その内容を審査し、助成金の交付の可否を決定する。

2 市長は、助成金を交付すると決定した者（以下「助成対象者」という。）に対しては、特定不妊治療費助成事業決定及び交付額決定通知書（様式第3号）により、また、助成金交付が適当でないと認められた者に対しては、特定不妊治療費助成事業不承認通知書（様式第4号）により通知するものとする。

（助成金の請求）

第9条 市長は、前条第2項の規定による助成対象者の特定不妊治療費助成金交付請求書（様式第5号）による請求に基づき、助成金を交付する。

2 助成金は、助成対象者の指定する金融機関の口座に振り込むものとする。

（助成金の返還）

第10条 市長は、助成決定者が不正に助成を受けた場合は、助成金の一部又は全部を返還させることができる。

（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、市長が別に定める。

付 則

この告示は、平成19年4月1日から施行する。

付 則（平成21年告示第8号）

この告示は、平成21年4月1日から施行する。

付 則（平成22年告示第38号）

この告示は、平成22年7月1日から施行する。

付 則（平成23年告示第44号）

（施行期日）

1 この告示は、平成23年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 改正後の甲賀市特定不妊治療費助成事業実施要綱の規定は、この告示の施行の日（以下「施行日」という。）以後に終了した特定不妊治療に係る助成について適用し、施行日前に終了した特定不妊治療に係る助成については、なお従前の例による。

付 則（平成24年告示第31号）

この告示は、平成24年7月9日から施行する。

付 則（平成25年告示第45号）

この告示は、平成25年7月1日から施行する。

付 則（平成26年告示第62号）

この告示は、平成26年9月10日から施行する。

付 則（平成28年告示第58号）

この告示は、告示の日から施行し、平成28年度の事業から適用する。

様式第1号（第7条関係）

特定不妊治療費助成申請書兼実績報告書(1・2・3・4・5・6)回目

甲賀市特定不妊治療費助成事業実施要綱第7条の規定により助成を受けたく、下記により申請します。

記

	(ふりがな) 氏名	生年月日	
夫		年 月 日 (歳)	
妻		年 月 日 (歳)	
住所(※1)	〒	電話 ()	
住所(※2)	〒	電話 ()	
過去にこの助成金を受けたことがありますか ない ・ ある → 過去 () 回受けた 助成金を受けた自治体は ()			
申請者氏名 (夫及び妻が 記名押印) _____ 印 _____ 印			
特定不妊治療費申請額①（男性不妊治療分除く）		金 _____ 円	
男性不妊治療額②		金 _____ 円	
申請額合計（①+②）		金 _____ 円	
助成の適正を判断するため、 1、本市以外の自治体に対する本申請にかかる情報の照会及び提供 2、指定医療機関に対して治療内容等の照会 3、住民基本台帳の閲覧 を行うことについて同意します。 年 月 日			
		甲賀市長 えて	
口座振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店(所) 支店(所) 出張所
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人
	口座番号		

申請受理年月日		(決定・却下) 決定年月日	
受給者番号			

注：太枠の中をご記入ください。

※1：夫婦の住所を記入。

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

(添付書類)

- 1 特定不妊治療費助成事業受診証明書（様式第2号）又は、滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の写し
- 2 滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業決定通知書の写し
- 3 医療機関が発行した、今回の特定不妊治療における保険外診療分領収書の写し
- 4 夫婦の納税証明書等（規則第4条に定める様式）

様式第2号(第7条関係)

特定不妊治療費助成事業受診証明書

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これにかかる医療費を下記の通り徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 名称
所在地
主治医氏名



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	夫	妻
受診者生年月日	昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日	
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号(注参照)に○をつけてください。			
	1 体外受精 2 顕微授精 該当する番号に○をつけてください。			
今回の治療期間	年 月 日～ 年 月 日			
領収金額	今回の治療にかかった金額合計(※保険外診療分に限る) 領収金額 円			
備考	※ 今回の治療の一部を他の医療機関で行った場合、その医療機関と指示内容について記入してください。(この記載がないと、今回の特定不妊治療費とみなすことができません)			

注 助成の対象となる治療は次のいずれかに相当するものです。排卵に至らないケース(女性への侵襲的治療のないもの)は助成の対象となりません。

- A 新鮮胚移植を実施
- B 排卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施(排卵・受精後、胚を凍結し、母子の状態を整えるために1～3周期の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合)
- 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、多精子授精などの異常授精等による中止
- F 排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)

特定不妊治療費助成事業決定及び交付額決定通知書

第 号
年 月 日

様

甲賀市長

印

年 月 日付で申請のあった、 年度甲賀市特定不妊治療費助成金について、甲賀市特定不妊治療費助成事業実施要綱第8条の規定に基づき、下記のとおり交付することに決定したので通知します。

記

交付金額 _____ 円

様式第4号(第8条関係)

特定不妊治療費助成事業不承認通知書

第 号
年 月 日

様

甲賀市長



年 月 日付で申請のあった、 年度甲賀市特定不妊治療費助成金について、甲賀市特定不妊治療費助成事業実施要綱第8条の規定に基づき、下記の理由により不承認となりましたので通知します。

記

○理由

様式第5号（第9条関係）

特定不妊治療費助成金交付請求書

年 月 日

甲賀市長 あて

請求者

住所

氏名

㊞

㊞

年 月 日付 第 号で決定通知のあった特定不妊治療費助成金を甲賀市特定不妊治療費助成事業実施要綱第9条の規定に基づき、下記のとおり交付されるよう請求します。

記

金 _____ 円

様式第1号（第7条関係）

様式第2号（第7条関係）

様式第3号（第8条関係）

様式第4号（第8条関係）

様式第5号（第9条関係）