

藤枝市不育症治療費助成金交付要綱

(趣旨)

第1条 市長は、少子化対策の一環として、不育症治療を受けた夫婦の経済的負担の軽減を図るため、その治療に要する医療費の一部を助成するものとし、その助成に関しては、藤枝市補助金等交付規則（平成17年藤枝市規則第2号）及びこの要綱の定めるところによる。

(定義)

第2条 この要綱において「医療保険各法」とは、次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法（昭和28年法律第245号）
- (4) 国家公務員共済組合法（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「本人負担額」とは、医療保険各法の適用とはならない不育症治療を受けた者が負担すべき額をいう。

(助成対象者)

第3条 不育症治療費助成金（以下「助成金」という。）の助成対象者は、次の各号のいずれにも該当する夫婦とする。

- (1) 婚姻が確認できる法律上の夫婦であって、申請日において、夫婦の両方が藤枝市に住所を有するもの（夫婦のいずれか一方が単身赴任等で藤枝市外に住所を有する場合にあっては、他方が藤枝市に住所を有するものを含む。）。ただし、当該助成に係る治療期間の初日における妻の年齢が43歳以上であるものを除く。
- (2) 夫婦の前年の所得（1月から5月までの間に申請をする場合は、前々年の所得）の合計額が730万円未満であること。この場合において、所得の範囲及び所得の額の計算方法は、それぞれ児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第2条及び第3条の規定を準用する。

(助成の対象経費)

第4条 助成の対象とする経費は、不育症治療に要した費用であって、次に掲げる費用とする。

- (1) 不育症の検査に係る以下に掲げる費用
(ア) 不育症のリスク因子の検査に要する費用

検査内容		検査項目
一次スクリーニング	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピン β_2 グロコプロテインI (CL β_2 GPI)複合体抗体

		抗カルジオリピン (CL) IgG抗体
		抗カルジオリピン (CL) IgM抗体
		ループスアンチコアグラント
	夫婦染色体検査	
選択的検査	抗リン脂質抗体	抗PEIgG抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
		抗PEIgM抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
	血栓性素因スクリーニング (凝固因子検査)	第Ⅻ因子活性
		プロテインS活性もしくはプロテインS抗原
		プロテインC活性もしくはプロテインC抗原
APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)		

(イ) 絨毛染色体検査に要する費用

(2) 不育症の治療に係る以下に掲げる費用

(ア) 低用量アスピリン療法に要する費用

(イ) ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射療法を含む。) に要する費用

(助成内容)

第5条 助成額は、1組の夫婦に対して、不育症の治療を受けた日の属する年度 (4月から翌年3月までの1年間) ごとに、前条に定める治療に係る本人負担額 (医療保険各法に基づく保険者又は共済組合の規約等の定めるところにより、不育症に関する任意の給付 (付加給付) が行われる場合は、その額を控除した額) の10分の7以内の額とし、241,500円を限度とする。

2 助成期間は、助成を開始した診療日の属する月 (以下「助成開始月」という。) から継続する2年間とし、この事業に類似する県内の他市町が行った助成期間もこれに含むものとする。ただし、次の各号のいずれかに該当する場合は、その期間を延長又は再設置するものとする。

(1) 医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中断した場合、当該中断期間のうち助成のなかった月数以内で、助成期間を延長するものとする。

(2) 本事業による助成金の交付を受けた夫婦が子供を得て、その後更に次の子供を得るために不育症治療を行う場合、助成期間はその時から再び2年間設置するものとする。ただし、第3条1号ただし書に規定する妻の年齢は、再設置後の治療期間の初日を基準とする。

3 前2項の規定にかかわらず、助成開始月が年度途中である場合において、第1年度目の助成期間が12か月未満で、かつ、助成額が241,500円未満の場合は、第3年度目の治療について、第1年度目の12か月に満たなかった残りの月数に相当する月数以内で、241,500円に満たなかった額を上限に助成することができるものとする。

(助成の申請)

第6条 助成を受けようとする者 (以下「申請者」という。) は、藤枝市不育症治療費助成金交付申

請書兼請求書（第1号様式その1。以下「申請書」という。）に、次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) 不育症治療費助成事業に関する同意書（第1号様式その2）
- (2) 不育症治療費助成事業受診等証明書（第2号様式）
- (3) 不育症治療に係る領収書
- (4) 戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書（夫婦のいずれも日本国籍を有しないときは、婚姻届記載事項証明書等法律上の婚姻をしていることが確認できる書類）
- (5) 夫婦の前年（1月から5月までの間に申請しようとする場合にあっては、前々年）の所得を証明する書類

2 前項に規定する交付申請の提出期限は、原則として、不育症の治療を受けた日の属する年度の末日までに市長に提出しなければならない。ただし、市長が特別の理由があると認めるときは、市長が別に定める日までとする。

3 市長は、申請が行われた日を基準に、助成対象年度を判定するものとする。

（決定の通知）

第7条 市長は、前条の申請書を受理した時は、速やかにその内容を審査し、助成の承認をしたときは、藤枝市不育症治療費助成金交付決定及び確定通知書（第3号様式）により申請者に通知する。また、助成を認めないときは、理由を付して藤枝市不育症治療費助成事業不承認決定通知書（第4号様式）により申請者に通知するものとする。

（助成金の交付）

第8条 市長は、前条前段の規定により、交付決定したものに対し、速やかに助成金を指定する口座へ振り込むものとする。

（助成金の返還）

第9条 市長は、偽りその他不正な手段によって助成金を受けた者に対し、その返還を求めることができる。

2 前項の規定により返還を求められた者は、速やかに市長に返還しなければならない。

（補足）

第10条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、別に市長が定める。

附 則

この告示は、平成29年4月1日から施行する。

藤枝市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

藤 枝 市 長 宛

申 請 者
住 所
氏 名
電 話 番 号

印

藤枝市不育症治療費助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて次のとおり助成金を申請及び請求します。

記

対 象 者		(ふりがな) 氏 名<自署又は記名押印>		生年月日							
	夫	()		昭和 平成	年	月	日	(歳)			
	妻	()		昭和 平成	年	月	日	(歳)			
	夫と妻の住所が異なる場合に記載	〒 -		電話		()					
	加入医療保険 (夫)	【種別】市町村国保・組回国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者									
	加入医療保険 (妻)	【種別】市町村国保・組回国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者									
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫・農協 店									
	預金種別・ 口座名義	普通	(ふりがな) ()							(申請者と同一)	
		当座									
口座番号	番号									(左詰め)	
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。平成 () 年 () 月頃 助成金を受けた自治体は () 市・その他 ()											
不育症	本人負担額	_____ 円				不育症治療費助成事業受診等 証明書の領収金額と一致					
申請額		円									
申請受理年月日		年	月	日	(承認・不承認) 決定年月日			年	月	日	
受給者番号											

注) 太枠の中をご記入ください。

藤枝市不育症治療助成事業に関する同意書

年 月 日

藤 枝 市 長 宛

対 象 者

本 籍 地

都・道・府・県

夫 氏 名

印

妻 氏 名

印

私たちは、藤枝市一般不育症治療費助成金に係る下記の事項について同意します。

記

1 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、制度上夫婦あたりの支給限度額の上限が定められています。

県内の他市町から転入された方は、以前にお住まいの自治体へ、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御承知ください。

なお、情報の取扱いには十分に注意し、プライバシーは厳守します。

2 その他医療費助成に関する説明書

加入されている健康保険組合等によっては、独自に医療費を助成する制度があるため、加入されている健康保険組合等の保険者へ確認することがあります。また、受給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返金を求めることがあるので御承知ください。

なお、情報の取扱いには十分に注意し、プライバシーは厳守します。

藤枝市不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり不育症治療を実施し、これに係る医療費〔保険適用外分〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(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 (歳)		昭和 平成 年 月 日 (歳)
貴医療機関における治療開始年月日			年 月 日		
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
不育症治療検査内容					
本人負担額の内訳	区 分		実費（保険適用外）負担額		
		検査治療内容(注1)	医療機関徴収分 ①	薬局徴収分 ②	
	年 4月分		円	円	
	年 5月分		円	円	
	年 6月分		円	円	
	年 7月分		円	円	
	年 8月分		円	円	
	年 9月分		円	円	
	年 10月分		円	円	
	年 11月分		円	円	
	年 12月分		円	円	
	年 1月分		円	円	
	年 2月分		円	円	
年 3月分		円	円		
〔今回の治療にかかった金額合計〕					
領収金額 _____ 円（上記本人負担額①～②の合計額となります。）					

- 注1 当該患者に関して行った不育症治療に係るもののみご記入ください。
 2 院外処方が有る場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
 3 検査治療内容は下記より記号で記入してください。（複数選択可）
 検査：①抗リン脂質抗体検査（一次スクリーニング） ②夫婦染色体検査 ③抗リン脂質抗体検査（選択的検査） ④血栓性素因スクリーニング検査 ⑤絨毛染色体検査
 治療：⑥低用量アスピリン療法 ⑦ヘパリン療法

第3号様式（第7条関係）

第 年 月 日

様

藤 枝 市 長



藤枝市不育症治療費助成金交付決定及び確定通知書

年 月 日付で申請があった藤枝市不育症治療費助成金の交付について、
下記のとおり決定及び確定しましたので通知します。

記

交付決定（確定）額 円

交付決定（確定）日 年 月 日

（口座振込予定日 年 月 日 ）

第4号様式（第7条関係）

第 年 月 日
号

様

藤枝市長



藤枝市不育症治療費助成事業不承認決定通知書

年 月 日付で申請があった藤枝市不育症治療費助成金の交付について、
下記の理由により不承認とすることに決定しましたので通知します。

記

（不承認となった理由）