

○周防大島町特定不妊治療費助成事業交付要綱

平成22年4月1日

告示第30号

改正 平成23年4月1日告示第30号

平成24年1月10日告示第2号

平成25年7月1日告示第84号

平成26年4月1日告示第41号

平成28年3月30日告示第22号

平成29年8月21日告示第84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。)を受けている夫婦に対し、特定不妊治療に要する費用(以下「費用額」という。)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。

(対象者)

第2条 特定不妊治療費助成金(以下「助成金」という。)の支給対象者は、次の各号すべてに該当するものをいう。

- (1) 法律上の婚姻をしている夫婦
- (2) 申請日に、周防大島町に住所を有している夫婦
- (3) 山口県が指定する医療機関(以下「指定医療機関」という。)において特定不妊治療を受けた夫婦
- (4) 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又は極めて少ないと医師に診察された夫婦

(対象となる治療等)

第3条 特定不妊治療のうち、次の表のいずれかにあてはまる治療を助成の対象とする。また、医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中止した場合についても、卵胞が発育しない等により卵子採取以前に中止した場合を除き、助成

の対象とする。

記号	助成の対象となる治療
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(採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1から3周期程度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	授精できず、又は、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常授精等による中止
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

2 特定不妊治療のうち、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・胚の提供による不妊治療
- (2) 代理母(妻が卵巣と子宮を摘出したことなどにより、妻の卵子が使用できず、かつ、妻が妊娠できない場合に、夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するもの)
- (3) 代理懐胎(夫婦の精子と卵子は使用できるが、子宮摘出等により、妻が妊娠できない場合に、夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚を妻以外の第三者の子宮に注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するもの)
(助成の範囲)

第4条 助成金は、妻の年齢が43歳になるまでに治療を開始した夫婦とし、通算10回までとする。

2 町は、山口県特定不妊治療費助成事業(以下「県助成事業」という。)による助成(以下「県助成額」という。)の対象者の場合、費用額から県助成額を差し引いた額を1回の治療助成(以下「町助成額」という。)として150,000円(第3条の表のCの項及びFの項の治療については、75,000円)を限度として助成する。ただし、1回の町助成額が500円に達しない場合は助成しない。

3 町は、夫及び妻の前年の合計所得が730万円未満で、県助成事業の対象にならない夫婦の場合、1回の治療につき300,000円(第3条の表のCの項及びFの項の治療については、150,000円)を限度として助成する。なお、1回の治療とは、採卵準備のための投薬開始から体外受精又は顕微授精1回に至る治療の過程を示す。また、以前に行った体外受精又は顕微授精により作られた授精胚による凍結胚移植も1回とみなす。

4 町は、夫及び妻の前年の合計所得が730万円以上の夫婦の場合、1回の治療につき75,000円(第3条の表のCの項及びFの項の治療については、37,500円)を限度として助成する。

(助成金の申請等)

第5条 助成金を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、周防大島町特定不妊治療費助成事業申請書(以下「申請書」という。)(様式第1号)を町長に提出するものとする。

2 前項の申請書には、次の各号に掲げる書類を添付しなければならない。ただし、県助成事業の対象者が、山口県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写しを提出した場合、これを省略できるものとする。

(1) 周防大島町特定不妊治療費助成事業受診等証明書(様式第2号)

(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(1箇月以内に発行されたもの)

(3) 児童手当法施行令による控除が確認できる所得・課税証明書

(4) 住民票など住所を確認できるもの

3 前項の規定にかかわらず、町長が必要がないと認めるときは、同項各号に掲げる書類の一部を省略させることができるものとし、県助成事業の対象者が山口県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写しを提出した場合、同項各号に掲げる書類の全部を省略できるものとする。

4 町長は、申請書を受理した場合は、速やかにその内容の審査を行い、助成することを認める決定をしたときは周防大島町特定不妊治療費助成事業承認決

定通知書(様式第3—1号)により申請者に通知し、助成を行わないときは周防大島町特定不妊治療費助成事業不承認決定通知書(様式第3—2号)により申請者に通知するものとする。

- 5 妻の年齢が43歳以上で周防大島町特定不妊治療費助成事業(以下「町助成事業」という。)を申請する場合、妻の年齢が43歳になるまでに治療を開始したことを証明する資料を町長へ提出しなければならない。ただし、43歳までに助成金を受けたものは、この限りではない。
- 6 町長は、本事業の適正な執行を期するため、周防大島町特定不妊治療費助成事業台帳(様式第4号)を備えるものとする。

(助成金の返還等)

第6条 町長は、偽り、その他不正な手段により助成金を受けた者があるときは、その者から、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 この告示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

この告示は、平成22年4月1日から施行する。

附 則(平成23年4月1日告示第30号)

この告示は、平成23年4月1日から施行する。

附 則(平成24年1月10日告示第2号)

この告示は、平成24年1月10日から施行する。

附 則(平成25年7月1日告示第84号)

この告示は、平成25年7月1日から施行し、平成25年4月1日以降に対象者が要した費用から適用する。

附 則(平成26年4月1日告示第41号)

この告示は、平成26年4月1日から施行する。

附 則(平成28年3月30日告示第22号)

この告示は、平成28年4月1日から施行する。

附 則(平成29年8月21日告示第84号)

この告示は、平成29年10月1日から施行する。

周防大島町特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

周防大島町長 様

申請者氏名： _____ 印

申請者氏名： _____ 印
(夫及び妻が記名押印)

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。なお、周防大島町が特定不妊治療費助成事業に係る事務手続を処理するために限って、地方税関係情報及び住民票関係情報を取得することに同意するとともに、医療機関へ受診等の確認をすることに同意します。

記

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	個人番号
夫	()	年 月 日(歳)	
妻	()	年 月 日(歳)	
住所(※1)	〒 _____ 電話 ()		
住所(※2)	〒 _____ 電話 ()		
□山口県特定不妊治療費助成事業の承認を受けた方 ①山口県特定不妊治療費助成事業承認決定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ②申請額 金 _____ 円(費用額 _____ 円 - 県助成額 _____ 円)			
□山口県特定不妊治療費助成事業の対象にならない方 申請額 金 _____ 円			
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		右詰記入
申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号			

注)太枠の中をご記入ください。

※1:夫婦の住所を記入する。

※2:夫婦の住所が異なる場合に記入する。住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

(添付書類)

- 山口県特定不妊治療費助成事業の承認を受けた方
 - 山口県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
- 山口県特定不妊治療費助成事業の対象にならない方
 - 周防大島町特定不妊治療費助成事業受診等証明書(領収書添付)
 - 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(1ヵ月以内に発行されたもの)
 - 児童手当法施行令による控除が確認できる所得・課税証明書
 - 住民票など住所を確認できるもの

様式第2号(第5条関係)

特定

受給者番号								
-------	--	--	--	--	--	--	--	--

年 月 日

周防大島町特定不妊治療費助成事業受診等証明書

周防大島町長 様

(医療機関)

住所

名称

主治医氏名

㊟

電話番号

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、これに係る医療費を下記の通り徴収したことを証明します。

記

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

(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)
今回の治療方法	A または B の場合 1 体外受精 2 顕微授精 (該当する番号に○を付けてください。)	
今回の治療期間※1	年 月 日 ~ 年 月 日	
日本産科婦人科学会UMIN個別調査票登録の有無	有 → 症例登録番号 ※2	無
領収金額	[今回の治療にかかった金額合計 ※保険外診療に限る] 領収金額 円 (領収書は裏面添付又は別添可)	
特記事項		

※1) 治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。

※2) 日本産科婦人科学会UMIN個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。

(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。

- 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(採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1~3周期程度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、または、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 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

(注)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。

様式第3—1号(第5条関係)

第 号
年 月 日

(申請者)

様

周防大島町長

印

周防大島町特定不妊治療費助成事業承認決定通知書

年 月 日付けで申請のあった特定不妊治療費の助成について、承認することとし、下記金額を助成することを決定したので通知します。

助成金額 金 _____ 円

様式第3—2号(第5条関係)

第 号
年 月 日

(申請者)

様

周防大島町長

印

周防大島町特定不妊治療費助成事業不承認決定通知書

年 月 日付で申請のあった特定不妊治療費の助成について、不承認としたので通知します。

不承認とした理由 _____ のため

様式第4号(第5条関係)

周防大島町特定不妊治療費助成事業台帳

受給者番号								
-------	--	--	--	--	--	--	--	--

	氏名	生年月日
申請者氏名	(夫)	年 月 日(歳)
	(妻)	年 月 日(歳)
住所(※1)	〒 電話() —	
住所(※2)	〒 電話() —	
備考		

申請受理年月日	県承認決定日	(承認・不承認)決定年月日	医療機関	町助成額	備考
		(承認・不承認) ・		円	
		(承認・不承認) ・		円	
		(承認・不承認) ・		円	
		(承認・不承認) ・		円	
		(承認・不承認) ・		円	
		(承認・不承認) ・		円	
		(承認・不承認) ・		円	
		(承認・不承認) ・		円	
		(承認・不承認) ・		円	

※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。

住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫又は妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

様式第1号(第5条関係)

様式第2号(第5条関係)

様式第3—1号(第5条関係)

様式第3—2号(第5条関係)

様式第4号(第5条関係)