

○周防大島町一般不妊治療費助成事業実施要綱

平成16年10月1日

告示第15号

改正 平成18年3月30日告示第16号

平成20年4月1日告示第25号

平成29年8月21日告示第83号

(目的)

第1条 この告示は、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、周防大島町内に住所を有し、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 この告示において「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 この告示において「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 この告示において「対象者」とは、周防大島町内に住所を有し、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者をいう。

- (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
- (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730万円未満の夫婦

- 4 この告示において「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。

(助成の範囲)

第3条 周防大島町は、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3万円を限度額に、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年度当たりの助成金及び助成期間は、対象者が、山口県一般不妊治療費交付要綱(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、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、また、他の市町での助成期間を含み5年とする。

(助成金の申請等)

第4条 この告示により、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。)(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(様式第2号又は様式第2号の2若しくは両様式)

- (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(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、町長が必要が無いと認めるときは、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。
- 4 第1項の申請書は、一般不妊治療を受けた日の属する年度の末日までに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。
- 5 町長は、前項の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(様式第3号)により通知する。
- 6 町長は、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3号及び第4号の書類の添付を省略させることができる。
- 7 町長は、第4項及び前項の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(様式第4号)により申請者に通知する。
- 8 町長は、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(様式第5号)を備えるものとする。
- (一般不妊治療費の返還等)

第5条 町長は、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6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16年10月1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。

附 則(平成18年3月30日告示第16号)

この告示は、平成18年4月1日から適用する。

附 則(平成20年4月1日告示第25号)

この告示は、平成20年4月1日から施行する。

附 則(平成29年8月21日告示第83号)

この告示は、平成29年10月1日から施行する。

一般

様式第1号(第4条関係)

(表)

一般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： _____ ㊟

申請者氏名： _____ ㊟
(夫及び妻が記名押印)

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。なお、周防大島町が一般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 () _____		
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
過去に山口県内の他の市町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
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() 【保険者番号】() 【区分】本人・被扶養者		
加入医療保険 (妻)	【種別】国保・健保・船員・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	本店
		金庫	支店(支所)
		農協	出張所
	預金の種類	普通座 (ふりがな) 口座名義人	
	口座番号		(右詰記入)
申請受理年月日	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。

※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)

1 一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書(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併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(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

(裏)

以前の受給層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額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。

様式第2号の2(第4条関係)

一般

(薬局)

一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書

年 月 日

周防大島町長 様

(薬局)

住所

名称

薬剤師名

㊟

電話番号

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) 患者氏名	() 男・女	
患者生年月日	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
注) 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。		

様式第3号(第4条関係)

第 年 月 日

(申請者)

様

周防大島町長



一般不妊治療費助成事業承認決定通知書

年 月 日付で申請のあった一般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。

助成することとした金額 金 _____ 円

様式第4号(第4条関係)

第 号
年 月 日

(申請者)

様

周防大島町長



一般不妊治療費助成事業不承認決定通知書

年 月 日付けで申請のあった一般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5号(第4条関係)

一般不妊治療費助成事業台帳

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

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

申請受理年月日	申請額	(承認・不承認) 決定年月日	助成額	医療機関	治療期間
					開始 終了
		(承認・不承認)			
		(承認・不承認)			
		(承認・不承認)			
		(承認・不承認)			
		(承認・不承認)			
		(承認・不承認)			

※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4条関係)

様式第2号(第4条関係)

様式第2号の2(第4条関係)

様式第3号(第4条関係)

様式第4号(第4条関係)

様式第5号(第4条関係)