

平成29年度 大津市一般不妊治療費助成事業

★平成28年12月以前の治療費助成は終了しております。★



助成内容

助成の対象となるのは、平成29年1月1日から平成29年12月31日までに受けた不妊検査・不妊治療（健康保険適用）と人工授精に要した費用の一部を助成します。（ただし、治療期間内に転入された場合は、転入日以降の治療が、助成の対象となります。）

助成額は、年間自己負担額の2分の1で上限5万円（千円未満は切り捨て）です。1月1日から12月31日の治療分を年に1回助成します。ただし、申請開始日は、4月1日からです。

助成対象期間【※1参照】は、助成を開始した月から数えて24か月間（2年間）です。ただし、医師の診断によりやむを得ず治療を中断した場合には延長できます。（要診断書）



助成対象者 ～次の要件のすべてを満たすご夫婦が助成の対象です～

1	医療機関によって不妊治療が必要であると診断された
2	法律上の婚姻をしている夫婦
3	治療開始日における妻の年齢が43歳未満である
4	治療期間中、夫婦のいずれか一方が大津市内に住所を有している
5	医療保険各法による被保険者もしくは被扶養者である
6	夫婦のいずれも市税等を滞納していない 市税等とは、市民税、固定資産税・都市計画税、軽自動車税、国民健康保険料などです。

- 本助成を受けて妊娠・出産した方が、さらに次の児を得るために不妊治療を開始した場合も対象になります。その場合、新たに24か月間（2年間）の助成が受けられます。



申請期限

平成30年1月31日（水）まで
※申請期限を過ぎての受付はできません。

郵送の場合、当日消印有効です。

不妊検査・治療が終了し、以後、治療の予定のない時は、その時点で申請してください。



申請方法

下記の必要書類をすべて揃えて、認印（申請者欄に押印した印鑑）を持参のうえ、大津市健康推進課、各すこやか相談所まで申請してください。郵送の場合は簡易書留などで送付してください。

必要書類

1	大津市一般不妊治療費助成金交付申請書兼請求書（様式第1号） ご夫婦でよくお読みのうえご記入・署名・押印してください。 ※油性のボールペンでご記入ください。
2	大津市一般不妊治療医療機関等受診証明書（様式第2号） ★医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、 <u>院外処方に要した費用も対象となります。但し、薬局が発行する同証明書が必要</u> <u>です。</u>
3	夫婦それぞれの健康保険証の写し
4	振込先の支店名・口座番号が確認できるもの（通帳見開き1ページ目の写し） ※通帳をお持ちでない方は、ご自身でインターネットバンキングのwebページから、口座情報を印刷して提出してください。
5	夫及び妻が同一世帯でなく、本籍が大津市以外にある場合、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→戸籍個人事項証明（戸籍抄本）等

※必要書類3、4に関しては原本をお持ちいただければ窓口で写しをとらせていただきます。

大津市一般不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

(宛先)大津市長

申請日は、医師の証明
日以降の日付を記入し
てください。

平成〇〇年 〇月 〇日

申請 〇〇四七
津 4-1-1

(口座名義人と同一)氏名 **大津 花子** (印)

電話 **077-528-2748**

日中の連絡先 **090-1234-5678**

大津市一般不妊治療費助成金交付要綱第6条第1項の規定に基づき、大津市一般不妊治療費助成金の交付について次のとおり申請し、及び請求します。

	氏名	生年月日
夫	大津 太郎	昭和・平成51年 1月 1日
妻	大津 花子	昭和・平成52年 2月 2日
住所	(単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を 〒	
過去に大津市一般不妊治療費の助成を受けたことがあります ない・ ある → 過去(1)回受けた 前回の申請		
院外処方の有無 <input type="checkbox"/> 有り⇒【薬局の証明書(様式第2号)を <input type="checkbox"/> 提出する <input type="checkbox"/> 提出しない】 <input type="checkbox"/> 無し		
口座振込先 金融機関	金融機関名	支店名
	大津 銀行 信金・農協	市役所 本店 支店 出張所
	預金種別	口座番号
	普通 当座	1234567
	フリガナ	口座名義人
	氏名	オオツ ハナコ 大津 花子

各銀行支店名はお取引店名、ただし
ゆうちょ銀行は三桁の漢数字「例
八四一」を記入してください。

注意:訂正
どちらかを○で囲んで
ください。

各銀行は口座番号を、ゆうちょ銀行
は、通帳下欄振込用の【口座番号】を
記入してください。

口座名義人は、申請者の口座
名義を記入してください。

(印鑑は申請者欄に押印したものと同一をお願いします。)

大津市処理欄

加入 医療保険	夫 妻	市国保・その他保険 市国保・その他保険	申請受付場所	大津市保健所健康推進課・郵送 和邇・堅田・比叡・中・膳所・南・瀬田
書類 確認欄	<input type="checkbox"/> 住記確認 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 婚姻関係を証する書類(夫婦が同一世帯でない場合) <input type="checkbox"/> 不妊治療に係る証明書(様式第2号)			<申請受付日>
単身赴任者 等確認欄	<input type="checkbox"/> 本籍地(大津市・大津市以外) ←			
年度	助成期間	金額	治療中断	
年度助成額	か月	円	「あり」の場合の中断期間	
年度助成額	か月	円	年 月 日 ~	年 月 日
年度助成額	か月	円	年 月 日 ~	年 月 日
経費所要額	金	円	市交付決定金額	金 円

大津市一般不妊治療医療機関受診等証明書

平成〇〇年〇月〇日

医療機関等で証明書を記入してもらってください。

医療機関等
住 所
名 称
代 表 者 名
電 話 番 号

夫婦が同じ病院で受診されていても、夫婦それぞれの証明書(様式第2号)が必要になります。

訂正される場合は、訂正箇所に二重線を引き、こちらの印で訂正印をお願いします。

次のとおり、不妊治療を実施し、受領したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名	おおつ たろう 大津 太郎		男・女	生年月日		
(平成)年における診療期間			平成〇〇年 〇月 〇日 ~平成〇〇年			
本人負担額の内訳	区 分	保 険 診 療 分				人工授精に係る 本人負担金額
		診 療 点 数		本人負担金額		
		外来分	入院分	外来分	入院分	
	年1月分	点	点	円	円	円
	年2月分	点	点	円	円	円
	年3月分	点	点	円	円	円
	年4月分	点	点	円	円	円
	年5月分	点	点	円	円	円
	年6月分	点	点	円	円	円
	年6月分	点	点	円	円	円
	年8月分	点	点	円	円	円
	年9月分	点	点	円	円	円
	年10月分	点	点	円	円	円
年11月分	点	点	円	円	円	
年12月分	点	点	円	円	円	
合計	点	点	① 円	② 円	③ 円	
総合計(①+②+③)			円			
検査 ・不妊治療の内容	チェック又は記入をしてください。					
	保険診療			保険外診療		
	<input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談) <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 薬物療法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 人工授精		
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し					
備考						

診療期間に一般不妊治療に要した費用を助成しますので、月毎にご記入ください。

院外処方が有りの方は、薬局が発行する同証明書(様式第2号)の添付があれば、助成対象になります。

- 1 不妊治療に関する費用についてのみ御記入ください。
- 2 食事療養費標準負担額、個室料等の治療に直接関係ない費用は含まないで下さい。
- 3 医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。(薬局が発行する同証明書の添付が必要です。)

【※1】助成対象期間・助成上限金額の考え方

例えば、治療期間が平成27年7月5日から平成29年12月5日の方の場合



申請	1月1日から(または治療開始日から)同年の12月31日までの治療期間につき1回の申請が必要です。			
治療期間		平成27年7月5日～平成29年12月5日		
助成対象期間	連続する24か月間	平成27年7月～12月 (6か月間)	平成28年1月～12月 (12か月間)	平成29年1月～6月 (6か月間)
助成金額		上限5万円	上限5万円	上限(5万円－平成27年助成金額)
(例)助成金額		2万円	3万円	上限3万円(5万円－2万円)
自己負担額		4万円	6万円	8万円

【例えば、治療期間が平成27年7月5日から平成29年12月5日の方の場合】
3回目の申請についての考え方
①助成上限金額3万円のため、自己負担額8万円のうち6万円(自己負担額6万円の1/2の3万円が上限となるため)が助成対象金額となります。
または、
②申請回数3回目の場合は、6か月が助成対象期間となります。(連続する24か月が、助成対象期間のため。)

※平成29年1月1日から平成29年12月31日の治療分は、平成30年1月31日(水)までに申請してください。

♥️ 不妊・不育症にまつわる悩みの相談

●受診・治療への迷いや悩み、検査や薬、周囲との人間関係など、専門相談員(助産師)が不妊と不育症に関する様々な悩みの相談を受けます。相談は事前に予約が必要です。ご相談の日時は、ご希望をお尋ねし決めさせていただきますので、お気軽にご相談ください。(月曜から金曜(祝日は除く)の、10時から16時で、1人45分まで。相談は無料です。)

※不育症とは、妊娠はするものの2回以上の流産や死産などを繰り返す状態のことをいいます。

♥️ お問い合わせ・申請先 ♥️

平日(月～金曜・土日祝を除く)・午前9時～12時、午後1時～5時

大津市保健所健康推進課 母性保健係

(所在地) 大津市浜大津四丁目1番1号 明日都浜大津2階

(電話) 077-528-2748