

大津市不育症治療費助成金交付要綱

(目的)

第1条 この要綱は、不育症の検査及び治療（アスピリン療法及びヘパリン療法に限る。以下同じ。）を受けた者に対し、予算の範囲内においてそれらに要した費用の一部を助成することにより、その経済的負担を軽減し、もって福祉の増進を図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において「不育症」とは、流産（生化学的流産を除く。）、死産又は早期新生児死亡を繰り返す症状をいう。

2 この要綱において「一治療期間」とは、不育症の検査又は治療を開始した日からその妊娠に係る出産（流産、死産等を含む。）までの期間をいう。

3 この要綱において「夫婦」とは、次のいずれかに該当する者をいう。

- (1) 法律上の婚姻関係（以下「法律婚関係」という。）にある男女
- (2) 婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情（以下「事実婚関係」という。）にある男女
- (3) パートナー関係（当事者の一方又は双方が、性的指向及びジェンダーアイデンティティの多様性に関する国民の理解の増進に関する法律（令和5年法律第68号）第2条第1項に規定する性的指向が異性に限られない者又は同条第2項に規定するジェンダーアイデンティティが出生時の性と異なる者であり、人生において互いに協力して継続的に生活を共にすることを約したと認められる二者の関係をいう。以下同じ。）にある二者

(助成対象費用)

第3条 この要綱による不育症治療費助成金（以下「助成金」という。）の交付の対象となる不育症の検査及び治療に係る費用は、産婦人科、産科又は婦人科を標ぼうする医療機関において不育症又は不育症の可能性があると診断された者が、当該医療機関で受ける検査及び治療に係る費用とする。

2 前項の規定にかかわらず、次に掲げる費用は助成の対象としない。

- (1) 入院時の差額ベッド代、食事代、文書料その他の直接治療に関係のない費用
- (2) 他の市区町村において助成の対象となった不育症の検査及び治療に係る費用
- (3) 大津市先進医療に係る不育症検査費用助成事業実施要綱（令和4年制定）による助成の対象となる検査に係る費用

(対象者)

第4条 助成金の交付を受けることができる者（以下「交付申請者」という。）は、不育症の検査又は治療（生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けている世帯に属する者（以下「被保護者」という。）にあつては、医療保険各法の規定による公的医療保険が適用されない検査及び治療に限る。）を受けた者のうち、第6条第1項に規定する交付申請書の提出時において、次に掲げる全ての要件（被保護者にあつては、第4号に掲げる要件を除く。）を満たすものとする。

- (1) 夫婦のうち一方の当事者であること。
- (2) 一治療期間の開始時において、夫婦のうち出産する者の年齢が43歳未満であること。
- (3) 夫婦のうちいずれかが、本市に住民登録を有する者であること。

(4) 次に掲げる法律の規定による被保険者若しくは組合員又はその被扶養者であること。

- ア 健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）
- イ 船員保険法（昭和 14 年法律第 73 号）
- ウ 私立学校教職員共済法（昭和 28 年法律第 245 号）
- エ 国家公務員共済組合法（昭和 33 年法律第 128 号）
- オ 国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）
- カ 地方公務員等共済組合法（昭和 37 年法律第 152 号）

(5) 夫婦のいずれもが、市税（国民健康保険の被保険者にあつては、市税及び国民健康保険料）並びにこれに係る延滞金及び督促手数料を滞納していないこと。

（助成金の額等）

第 5 条 助成金の額は、本市での在住期間に行った検査及び治療に係る費用の本人負担額に 2 分の 1 を乗じて得た額（その額に 1, 0 0 0 円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額）とする。ただし、一の夫婦につき、1 年度当たり 1 5 万円を限度とする。

2 助成金は、一の夫婦につき通算して 5 年度に限り交付する。

（交付申請書等）

第 6 条 大津市補助金等交付規則（平成 1 0 年規則第 3 2 号。以下「規則」という。）第 4 条第 1 項の規定により市長に提出しなければならない交付申請書は、大津市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書（様式第 1 号。以下「交付申請書」という。）とする。

2 交付申請書には、次に掲げる書類（市長が必要ないと認めたものを除く。）を添付しなければならない。

- (1) 不育症治療等実施医療機関等証明書（様式第 2 号）
- (2) 夫婦それぞれが医療保険各法に規定する被保険者、組合員、加入者又は被扶養者であることを証する書類
- (3) 申請者本人名義の口座を確認できる書類（預金通帳の写し等）
- (4) 交付申請者が法律婚関係にある場合で本市の公簿によりその事実を確認することができないときにあつては、法律婚関係であることを証明することができる書類（発行後 3 か月以内の戸籍謄本又は戸籍抄本（双方が外国人の場合にあつては、住民票の写しその他婚姻をしていることを確認するため市長が適当と認める書類））
- (5) 交付申請者が事実婚関係にある場合にあつては、事実婚関係に関する申立書（様式第 2 号の 2）
- (6) 交付申請者がパートナー関係にある場合にあつては、パートナー関係にあることを確認できる書類
- (7) その他市長が必要と認める書類

3 第 1 項の規定による申請は、一治療期間が終了した日の属する年度内に行わなければならない。ただし、当該終了した日が 3 月 1 日から 3 月 3 1 日までである場合には、翌年度の 4 月 3 0 日（その日が日曜日、土曜日又は国民の祝日に関する法律(昭和 2 3 年法律第 1 7 8 号)に規定する休日に当たるときは、これらの日の翌日）までに行わなければならない。

（決定通知書）

第 7 条 規則第 7 条第 1 項の規定による通知は、大津市不育症治療費助成金交付決定通知

書（様式第3号）により行うものとする。

- 2 規則第7条第2項の規定による通知は、大津市不育症治療費助成金交付申請棄却（却下）決定通知書（様式第4号）により行うものとする。

（実績の報告）

- 第8条 規則第14条の規定にかかわらず、助成金に係る実績の報告は、交付申請書の提出をもってなされたものとみなす。

（助成金の額の確定）

- 第9条 規則第15条の規定にかかわらず、助成金は、第7条第1項の規定により通知した額で確定するものとする。

（交付手続）

- 第10条 規則第18条の規定にかかわらず、助成金の交付の請求は、交付申請書の提出をもってなされたものとみなす。

（その他）

- 第11条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱は、平成25年4月1日から施行し、同日以後に実施した不育症の検査及び治療に係る費用について適用する。

（新型コロナウイルス感染症の発生及びまん延に伴う助成金の助成対象となる不育症の検査及び治療等の特例）

- 2 令和2年3月31日において妻の年齢が42歳である夫婦で新型コロナウイルス感染症の発生及びまん延の影響により不育症の検査及び治療を延期したものに係る第4条第2号の規定の適用については、同号中「43歳未満」とあるのは、「44歳未満」とする。

（この要綱の失効）

- 3 この要綱は、令和11年3月31日限り、その効力を失う。

附 則

この要綱は、平成25年8月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

- 2 改正後の第5条第2項の規定は、平成25年度以降に交付する助成金について適用する。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。ただし、附則第2項の改正規定は同3月31日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年3月31日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4月9日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年6月9日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和2年10月1日から施行する。
- 2 改正後の大津市不育症治療費助成金交付要綱の規定は、この要綱の施行の日以後に実施される不育症の検査及び治療について適用する。

附 則

- 1 この要綱は、令和3年11月26日から施行する。
- 2 改正後の大津市不育症治療費助成金交付要綱の規定は、令和3年4月1日以後に実施された不育症の検査及び治療に係る助成金について適用する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和4年3月31日から施行する。
(経過措置)
- 2 この要綱の施行の際現にある改正前の様式(次項において「旧様式」という。)により使用されている書類は、改正後の様式によるものとみなす。
- 3 この要綱の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則

- 1 この要綱は、令和4年4月1日から施行する。
- 2 改正後の大津市不育症治療費助成金交付要綱の規定は、令和4年4月1日以後に実施された不育症の検査及び治療に係る助成金について適用する。

附 則

この要綱は、令和5年3月31日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和7年12月2日から施行する。

附 則

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。ただし、附則第3項の改正規定は、同年3月31日から施行する。

大津市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先)

大津市長

申請者 住 所 _____

(口座名義人と同一) 氏 名 _____ ㊞

電 話 _____

日中の連絡先(携帯) _____

大津市不育症治療費助成金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

対象者		フリガナ 氏 名	生 年 月 日	
	申請者		年	月 日
	配偶者等		年	月 日
住 所	(単身赴任等で申請者と配偶者等が異なる場所に住所を有する場合に記入) 〒			
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			
過去にこの不育症治療費の助成を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去()回受けた 前回の申請(年 月)				
振込先口座 金融機関	金 融 機 関 名		支 店 名	
	銀行・信金・農協		本店・支店・出張所・代理店	
	預 金 種 別	口 座 番 号	口 座 名 義 人 (申 請 者 と 同 一)	
	普通・当座		フリガナ	
氏 名				

私たちは、大津市不育症治療費助成金の交付要件の確認のため、大津市長が次に掲げる調査等を行うことに同意します。

- (1) 住民基本台帳等に関する公簿を閲覧し、調査し、又は他の市町村に照会すること。
- (2) 他の市町村に対し、本申請に係る不育症治療に対する助成金の交付の有無について照会すること。
- (3) 不育症治療を行う医療機関に対し、本申請に係る不育症治療の内容について照会すること。

氏名 申請者 _____

配偶者等 _____

注 「配偶者等」には、夫又は妻のほか事実婚の相手方又はパートナーを含みます。

不育症治療等実施医療機関等証明書

受診者氏名		生年月日	年	月	日	
医療機関分						
検査及び治療期間	年		月	日	～ 年 月 日	
診断名						
既往流死産回数	回	検査及び治療開始時の年齢	43歳(未満・以上)			
当該患者について	当該患者について、該当するものにチェックし、詳細については、カッコ内に記載してください。					
	<input type="checkbox"/>	免疫異常	()		
	<input type="checkbox"/>	内分泌異常	()		
	<input type="checkbox"/>	夫婦染色体異常	()		
	<input type="checkbox"/>	子宮異常	()		
	<input type="checkbox"/>	その他	()		
検査・治療	<input type="checkbox"/>	検査				
	<input type="checkbox"/>	保険診療				
		検査名	()		
	<input type="checkbox"/>	保険診療外				
		検査名	()		
	<input type="checkbox"/>	治療				
	<input type="checkbox"/>	保険診療				
		治療内容	()		
	<input type="checkbox"/>	保険診療外				
		治療内容	()		
本人負担額	円		院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	(検査及び治療(アスピリン療法及びヘパリン療法に限る。))の自己負担額					
	内訳:	(保険診療) 円				
		(保険診療外) 円				
出産日	<input type="checkbox"/>	出産・流産	(判定日	年	月	日)
流産日	<input type="checkbox"/>	転院のため不明	(転院先医療機関名)		
上記のとおり、不育症治療等に係る費用を徴収したことを証明します。						
	年	月	日			
医療機関	所在地					
	名称					
	代表者名					
薬局分(院外処方)						
処方期間	年		月	日	～ 年 月 日	
本人負担額	円		院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	(治療(アスピリン療法及びヘパリン療法に限る。))の自己負担額					
	内訳:	(保険診療) 円				
		(保険診療外) 円				
上記のとおり、上記の医療機関の処方した不育症治療等に係る費用を徴収したことを証明します。						
	年	月	日			
薬局	所在地					
	名称					
	代表者名					
注1 検査及び治療期間は、その妊娠に関する検査又は治療を開始した日から出産又は流産の判定日までを御記入ください。						
注2 検査及び治療開始時の年齢は、その妊娠に関する検査又は治療を開始した日のいずれか早い日の年齢で該当する方に○印を御記入ください。						
注3 本人負担額は、不育症検査及び治療(アスピリン療法及びヘパリン療法に限る。)の費用のみ御記入ください。 ※ 不妊治療及び妊婦健康診査に係る費用は含めないでください。						
注4 院外処方がある場合は、院外処方に要した費用も対象となります。						

事実婚関係に関する申立書

年 月 日

（宛先）

大津市長

次の者については、婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあることを申し立てます。

1 申請者の住所及び氏名

住所

氏名

（署名又は記名押印）

2 前項の申請者の事実上の配偶者である者の住所及び氏名

住所

氏名

（署名又は記名押印）

3 前2項の者が別世帯になっている場合にあつては、その理由

第 号
年 月 日

様

大津市長

印

大津市不育症治療費助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった大津市不育症治療費助成金の交付について、次のとおり決定したので、大津市補助金等交付規則第7条第1項の規定により通知します。

記

助成金額 金 円

※助成金は、この通知から約1か月後に申請いただいた口座に振り込まれる予定です。

第 号
年 月 日

様

大津市長

印

大津市不育症治療費助成金交付申請棄却（却下）決定通知書

年 月 日付けで申請のあった大津市不育症治療費助成金について、次のとおり交付しないことと決定したので、大津市補助金等交付規則第7条第2項の規定により通知します。

記

交付申請金額	
交付しないことと決定した理由	

(様式第5号)

大津市不育症治療費助成金交付者台帳

[年度] 年度

受付番号	申請日	申請者氏名	生年月日	住所	補助対象経費		加入医療保 険の種類	市税等の納付状況				助成決定日	承認・不承認	備考欄
		配偶者氏名						市税	滞納あり	国保	滞納あり			
					(保険適用内)			市税	滞納あり	国保	滞納あり			
					(保険適用外)				滞納なし		滞納なし			
					(助成金額)									
					(保険適用内)			市税	滞納あり	国保	滞納あり			
					(保険適用外)				滞納なし		滞納なし			
					(助成金額)									
					(保険適用内)			市税	滞納あり	国保	滞納あり			
					(保険適用外)				滞納なし		滞納なし			
					(助成金額)									
					(保険適用内)			市税	滞納あり	国保	滞納あり			
					(保険適用外)				滞納なし		滞納なし			
					(助成金額)									
					(保険適用内)			市税	滞納あり	国保	滞納あり			
					(保険適用外)				滞納なし		滞納なし			
					(助成金額)									
								合計助成額						