

## 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。

### (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、当該医療機関において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。）を満たす者とする。

- (1) 婚姻をしている夫婦（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者を含む。以下同じ。）であること。
- (2) 治療開始時において、妻の年齢が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本人負担額に2分の1を

乗じて得た額（その額に1,000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15万円を限度とする。

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10年規則第32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（様式第1号）とする。

2 前項の交付申請書には、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証明書（様式第2号）

(2) 領収書及び明細書（院外処方がある場合に限るものとし、写しも可とする。）

(3) 夫婦それぞれの健康保険証の写し

(4) 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）

(5) 法律上の婚姻をしている夫婦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）（夫と妻が同一世帯に属していない場合に限る。）

(6) 事実婚関係に関する申立書（様式第2号の2）（助成金の交付の対象となる不育症の検査及び治療を開始した時点で事実婚と同様の事情にある者に該当する場合に限る。）

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31日までである場合には、翌年度の4月30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23年法律第178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。

（助成金の額の確定）

第8条 規則第14条及び第15条の規定にかかわらず、助成金は、前条第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9条 規則第18条の規定にかかわらず、助成金の交付は、請求を待たずに行う。

（その他）

第10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8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。

大津市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)

大津市長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 (口座名義人と同一) 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
 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		フリガナ名	生 年 月 日	
	夫		年 月 日	
	妻		年 月 日	
住 所	(単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合に記入) 〒			
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 夫 \_\_\_\_\_  
 妻 \_\_\_\_\_

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"/> 住基確認( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不育症治療等実施医療機関証明書(様式第2号) <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等) (戸籍抄本等により確認) ← <input type="checkbox"/> 事実婚関係に関する申立書(様式第2号の2)			<申請受付日>
	保険適用内		保険適用外	合 計
経費所要額	金 円	金 円	金 円	円
市交付決定金額				金 円

## 申請書の記入に当たって

### 1 申請者について

- (1) この申請書を利用して申請することができる方は、大津市に住所を有する方に限ります。
- (2) 申請者は、夫婦のうちいずれの方でも構いません。申請者は、配偶者の欄についても漏れなく記載してください。

### 2 助成金額について

1回の助成金額は、検査及び治療（アスピリン療法及びヘパリン療法に限る。）費用のうち本人負担額の2分の1（上限15万円）となります。

### 3 振込口座について

- (1) 助成金の振込口座は申請者本人の口座に限り、申請者本人の口座以外には振込みできません。
- (2) 金融機関名及び支店・出張所名は、省略せずに正確に記入してください。また、預金種別は該当のものに○印を付し、口座名義人のフリガナは正確に記入してください。
- (3) 記載事項に漏れ、誤り等があった場合は、振込みが遅れることがあります。間違いのないように記入してください。

### 4 申請に必要な書類について

- (1) 大津市不育症治療費助成金交付申請書（様式第1号）
- (2) 不育症治療等実施医療機関証明書（様式第2号）（医療機関の主治医等に記入してもらってください。）
- (3) 領収書及び明細書（院外処方がある場合に限り。）（コピーでも可。）
- (4) 夫婦それぞれの健康保険証の写し
- (5) 申請者本人名義の口座及び支店名を確認できるもの（預金通帳の写し）
- (6) 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明することができる書類（戸籍謄本又は戸籍抄本。夫及び妻が同一世帯でない場合に限り。）
- (7) 事実婚関係に関する申立書（様式第2号の2）（大津市不育症治療費助成金の交付の対象となる不育症の検査及び治療を開始した時点で事実婚と同様の事情にある者に該当する場合に限り。）  
※ 文書作成手数料は、医療機関規定の費用が必要です。無料で交付されるものではないことに御注意ください。

### 5 申請方法・期限について

- (1) 治療終了後、速やかに不育症治療等実施医療機関証明書に治療を受けた医療機関で証明を受け、申請書及び必要書類を全て添付の上、申請してください（簡易書留での郵送も可とします。）。
- (2) 申請期限は、治療が終了した日（出産又は流産の判定日）の属する年度内とします。ただし、当該治療が3月1日から3月31日までの間に終了した場合は、翌年度の4月30日（その日が日曜日、土曜日又は国民の祝日に関する法律に規定する休日に当たるときは、これらの日の翌日）までとします。

その他御不明な点は、健康推進課（TEL 077-528-2748）までお問い合わせください。

不育症治療等実施医療機関証明書

年 月 日

次のとおり、不育症治療等に係る費用を徴収したことを証明します。

医療機関  
所在地  
名称  
医師名

受診者氏名		生年月日	年 月 日
検査及び治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
診断名			
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 <input type="checkbox"/> 保険診療外 治療内容( ) 治療内容( )		
本人負担額	円 (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)		院外処方の有無
	内訳:(保険診療内) 円 (保険診療外) 円		
出産・流産の有無	<input type="checkbox"/> 有 出産・流産 判定日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 無 ※無の場合は、助成対象外です。		
1 不育症検査及び治療に係る費用のうち、検査及び治療(アスピリン療法及びヘパリン療法に限る。)に係る費用のみ御記入ください。 2 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時点までが対象となります。 ※ただし、不妊治療分及び妊婦健康診査分は除く。 3 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ので、領収書及び明細書の添付が必要となります。			

様式第3号（第7条関係）

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。



様式第4号（第7条関係）

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]

受付番号	申請日	申請者氏名	生年月日	住所	夫婦所得額	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	国民 健康保険	国民 年金				
					(夫)	(保険適用内)		市税	滞納あり	国民 健康保険	滞納あり			
					(妻)	(保険適用外)			滞納なし		滞納なし			
					(合計)	(助成金額)								
					(夫)	(保険適用内)		市税	滞納あり	国民 健康保険	滞納あり			
					(妻)	(保険適用外)			滞納なし		滞納なし			
					(合計)	(助成金額)								
					(夫)	(保険適用内)		市税	滞納あり	国民 健康保険	滞納あり			
					(妻)	(保険適用外)			滞納なし		滞納なし			
					(合計)	(助成金額)								
					(夫)	(保険適用内)		市税	滞納あり	国民 健康保険	滞納あり			
					(妻)	(保険適用外)			滞納なし		滞納なし			
					(合計)	(助成金額)								
					(夫)	(保険適用内)		市税	滞納あり	国民 健康保険	滞納あり			
					(妻)	(保険適用外)			滞納なし		滞納なし			
					(合計)	(助成金額)								
											合計助成額			