

桑名市告示第95号

桑名市不育症治療費助成事業実施要綱を次のように定める。

令和6年3月25日

桑名市長 伊藤 徳 宇

桑名市不育症治療費助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この告示は、不育症の治療及び検査に要する費用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。

(助成の対象)

第2条 桑名市不育症治療費助成事業の助成対象者(以下「対象者」という。)は、次に掲げる全ての要件を満たすものとする。

- (1) 不育症の治療又は検査を受けた法律上の婚姻をしている夫婦又は事実上の婚姻関係にある夫婦であること。ただし、事実上の婚姻関係である夫婦については、治療の結果、出生した場合の子について認知を行う意向がある者とする。
- (2) 夫婦どちらか一方又は双方が、本市の住民基本台帳に記録されている者であること。
- (3) 国内の保険医療機関において不育症の治療又は検査を受けていること。

(対象となる治療等)

第3条 助成の対象となる治療等(以下「助成対象治療等」という。)は、不育症と診断された夫婦に対し、医療機関において実施された不育症の治療又は検査とする。ただし、次の各号に掲げるものは除くものとする。

- (1) 医療保険各法の規定に基づく保険給付が適用される不育症の治療又は検査に係る費用
- (2) 食事代、入院費、文書料等の費用
- (3) 処方箋によらない医薬品等の費用
- (4) 他の地方公共団体による助成を受けた期間に係る不育症の治療又は検査の費用

(助成の額及び回数)

第4条 助成額は、対象者が受けた助成対象治療等に係る費用とし、10万円を上限とする。

2 助成回数は、1年度当たり1回とする。

(助成の申請)

第5条 助成を受けようとする対象者は、助成対象治療等を受けた日から同日の属する年度の翌年度の5月31日までの間に桑名市不育症治療費助成事業申請書(様式第1号)に次に掲げる書類(第4号に掲げる書類は事実上の婚姻関係にある夫婦の場合に限る。)を添付して、市長に申請するものとする。この場合において、当該対象者が、本市の住民基本台帳に登録されており、市が保有する住民基本台帳を閲覧することに同意するときは、住民票の写しの添付を省略することができる。

- (1) 桑名市不育症治療費助成事業受診等証明書(様式第2号)
- (2) 助成対象治療等を受けた医療機関が発行する領収書
- (3) 夫婦のうち、本市の住民基本台帳に登録されている者の住民票の写し(続柄の記載があり、個人番号の記載がないもの)
- (4) 出生した場合の子の認知に関する意向書(任意様式)

(助成の決定等)

第6条 市長は、前条の規定による申請を受理したときは、助成を受ける資格について調査をして支給の可否を決定し、桑名市不育症治療費助成事業決定通知書(様式第3号)又は桑名市不育症治療費助成事業不承認決定通知書(様式第4号)により、申請者に通知するものとする。

(助成金の支払)

第7条 前条の審査により助成の決定を受けた者は、桑名市不育症治療費助成事業請求書(様式第5号)により、市長に請求するものとする。

(不育症治療費の返還)

第8条 市長は、偽りその他の不正な手段により不育症治療費の助成を受けた者に対し、その助成金の全部又は一部の返還を命ずることができる。

(関係帳簿等の備付け)

第9条 市長は、助成の状況を明確にするため、桑名市不育症治療費助成事業台帳(様式第6号)を

備え付けるものとする。

(個人情報の保護)

第10条 本事業の実施に当たっては、個人情報の取扱いに充分留意するとともに、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）その他関係法令等の趣旨に従い、適切にこれを行わなければならない。

(その他)

第11条 この告示に定めるもののほか、この告示の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、令和6年4月1日から施行し、同日以後に受けた不育症の治療又は検査に係る助成について適用する。

## 桑名市不育症治療費助成事業申請書

\_\_\_\_\_年 月 日

関係書類を添えて、下記事項に同意の上、不育症治療費の助成を申請します。

- ・医療機関より発行された申請書類の内容について、必要に応じて医療機関へ照会すること。
- ・不育症治療費に係る助成状況について、必要に応じて他の自治体へ照会すること及び桑名市における助成状況を必要に応じて他の自治体へ提供すること。

	(ふりがな) 氏名	生年月日
夫	( )	年 月 日 ( 歳)
妻	( )	年 月 日 ( 歳)
住所(夫)	〒 電話番号 ( )	
住所(妻)	〒 電話番号 ( ) <input type="checkbox"/> 夫と同じ	
今回申請する治療期間の治療費等について、他の自治体から助成を受けていません。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (助成対象外)		
桑名市にお住まいの方 (住民票がある方) のみ <input type="checkbox"/> 桑名市の住民基本台帳 (住民票) の情報を照会することに同意します。		
申請額 (証明書の領収額)	_____円	

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
---------	--	-------------------	--

注) 太枠の中を記入してください。

(添付書類)

1. 桑名市不育症治療費助成事業受診等証明書 (医療機関の証明)
2. 医療機関発行の領収書 (原本)
3. 夫婦のうち、桑名市に住民登録がある方の住民票  
 ※住民基本台帳の照会に同意すれば省略可 (上記の同意欄)
4. 出生した場合の子の認知に関する意向書 (事実婚の関係である場合) (任意様式)

医療機関の名称

所在地

主治医氏名

### 桑名市不育症治療費助成事業受診等証明書

不育症治療を実施し、これに係る医療費（保険適用外の診療分）を次のとおり徴収したことを証明します。

【医療機関記入欄】

(ふりがな) 受診者氏名	( )	生年 月日	年 月 日 ( 歳)
不育症治療を 必要とした理由			
治療又は 検査の内容 (保険適用外の 診療分)			
治療期間	年 月 日 から 年 月 日まで		
領収金額	上記の治療期間における治療または検査にかかった費用の合計額 ( <u>保険適用外</u> の診療分の本人負担額に限る)  領収金額 _____ 円  ※ 入院時の差額ベット代、食事代、文書料等に係る費用を除く。		

第 年 月 日  
号

様

桑名市長

印

桑名市不育症治療費助成事業決定通知書

年 月 日付で申請のあった不育症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ましたので通知します。

記

金 額 \_\_\_\_\_ 円

第 号  
年 月 日

様

桑名市長

印

桑名市不育症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不育症治療費の助成について下記の理由により、不承認とすることを決定しましたので通知します。

記

不承認となった理由

桑名市不育症治療費助成事業請求書

(宛先) 桑名市長

住 所  
氏 名  
連絡先

年 月 日付け 第 号 で承認決定を受けた桑名市不育症治療費助成について、桑名市不育症治療費助成事業実施要綱第7条の規定により、下記のとおり請求します。

記

請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円

なお、上記の助成金は、次の口座に振込みをお願いします。

振込 金融 機関	銀 行 信用金庫 労働金庫 農 協				本 店 支 店 支 所 出 張 所			
	金融機関 コード				支 店 コ ー ド			
	1 普 通 2 当 座	口 座 番 号 (左づめ)						
	口 座 名 義 人 (カ タ カ ナ)							
備 考								

