

## 阿賀野市告示第45号

阿賀野市特定不妊治療助成事業実施要綱の全部を改正する要綱を次のように定める。

令和4年3月22日

阿賀野市長 田中清善

## 阿賀野市特定不妊治療助成事業実施要綱

阿賀野市特定不妊治療助成事業実施要綱（平成21年阿賀野市告示第63号）の全部を改正する。

（趣旨）

第1条 この告示は、妊娠を望む夫婦の経済的な負担の軽減を図るため、不妊治療に要する費用のうち、体外受精及び顕微授精（以下「特定不妊治療」という。）に要する費用に対し、その一部を予算の範囲内で助成することについて必要な事項を定めるものとする。

（定義）

第2条 この告示において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

（1） 医療保険各法 次に掲げる法律をいう。

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 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）

エ 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）

オ 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）

カ 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）

（2） 医療費 医療保険各法に規定する療養に要した費用（健康保険法第76条第2項の規定に基づき厚生労働大臣が定めるところにより算定した額）及び医療保険各法に規定する指定訪問看護に要した費用（健康保険法第88条第4項の規定に基づき厚生労働大臣の定めるところにより算定した額）をいう。

（3） 自己負担額 医療費から医療保険各法に規定する療養の給付、療養費、高額療養費、家族療養費、特定療養費、特別療養費等保険の給付及びその他法令等により国または地方公共団体が負担する額を控除した額

（助成対象経費）

第3条 この告示の規定による助成（以下「助成」という。）の対象となる経

費は、受領日において、特定不妊治療に要する保険対象費用における自己負担額及び保険外治療とし、次に掲げる費用を除く。

- (1) 入院費、食事料、文書料及び消費税
- (2) 国又は他の地方公共団体等の助成金、その他の金銭の給付を受けることができる場合は、当該助成金及び給付の額  
(助成対象者)

第4条 特定不妊治療を受けた法律上の婚姻、又は事実婚をしている夫婦であつて、次の各号のすべてに該当するものとする。

- (1) 特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがない、又はきわめて少ないと医師から診断を受けていること。
- (2) 夫婦の両方が、治療開始時から申請時までにおいて市内に住所を有すること。
- (3) 当該助成に係る治療期間の初日の属する年度及びその前年度において、市税等の滞納がない者であること。
- (4) 当該助成に係る治療期間の初日の妻の年齢が43歳未満であること。
- (5) 特定不妊治療に要した費用のうち、保険対象費用の自己負担額が、自身の加入する保険者が支給する高額療養費等の支給対象となる場合は、当該保険者に対し、高額療養費等の支給申請を必ず行うものであること。  
(助成の額)

第5条 助成額は、保険対象費用の自己負担額及び保険対象外治療額の合計が、1回につき15万円を限度とする。

(助成回数)

第6条 特定不妊治療費の助成は、子ども1人につき6回までとする。ただし、初回の治療開始時の妻の年齢が40歳以上43歳未満は3回までとする。

(助成の交付申請)

第7条 助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、次に掲げる書類を治療終了した日から6か月以内に市長に提出しなければならない。

- (1) 阿賀野市特定不妊治療費助成金交付申請書（第1号様式）
- (2) 阿賀野市特定不妊治療費保険医療機関等証明書（第2号様式）
- (3) 特定不妊治療を受けた医療機関等が発行する領収書
- (4) 高額療養費受給が証明できるもの
- (5) その他市長が必要と認めるもの

(助成の交付決定)

第8条 市長は、前条の規定による申請を受理したときは、速やかに審査を行い、特定不妊治療費の助成の可否及び金額について決定し、阿賀野市特定不妊治療費助成金交付（不交付）決定通知書（第3号様式）により、申請者に通知するものとする。

（その他）

第9条 この告示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 この告示は、令和4年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 改正後の阿賀野市特定不妊治療助成事業実施要綱の規定は、この告示の施行日以後に開始した特定不妊治療について適用し、この告示の施行日前に開始した特定不妊治療については、なお従前の例による。この場合において、凍結胚移植については、治療開始日が令和4年4月1日以降であっても、令和4年3月31日以前に行った体外受精又は顕微授精で作られた授精胚を移植するときは、従前の例によるものとする。

3 前項に規定する施行日前に開始した特定不妊治療については、令和4年4月1日から令和5年3月31日までに治療が終了するものに限る。

第1号様式（第5条関係）

阿賀野市特定不妊治療費助成金交付申請書

関係書類を添えて、下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

なお、助成要件確認のため住民基本台帳等の公簿の閲覧や医療機関への内容確認等を行うことに同意します。

年 月 日

阿賀野市長 様

※太枠内をご記入ください。

夫	(フリガナ) 氏名			
	生年月日	年	月	日 (満 歳)
	住所	〒		
妻	(フリガナ) 氏名			
	生年月日	年	月	日 (満 歳)
	住所	〒		
今回の申請回数		今年度	回目	(前回の申請は 年 月に 県・市へ)
申請者（夫及び妻が自署） 氏名 夫 _____ 妻 _____ 自己負担額が 150,000 円を超える場 合 申請額 金 _____ 円 申請額は 150,000 円となります。				
振込先	金融機関名	銀行	支店	
	預金種別	普通 当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			

注1) 振込先は、夫婦どちらかの名義の金融機関を記入してください。

注2) 添付書類は、次のとおりとします。

- ①阿賀野市特定不妊治療保険医療機関等証明書（領収書添付）
- ②市税等に未納がないことを証明する書類

(以下は記入の必要はありません)

申請受理年月 日		(承認・不承認) 決定年月日		助成金額	
受給者番号		前回の治療期間			
リセット前	回目	リセット後	回目	通算	回目

## 阿賀野市特定不妊治療保険医療機関等証明書

下記の者については、特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）以外の治療法によっては、妊娠の見込みがないか又はきわめて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これにかかる医療費を下記のとおり受領したことを証明します。

年 月 日

阿賀野市長 様

指定医療機関  
所在地  
名称  
主治医氏名

指定医療機関記入欄（治療に関する事項については主治医がご記入ください。）

氏名 生年月日	夫	年 月 日（歳）	妻	年 月 日（歳）
今回の治療方法	1 体外受精      2 顕微授精      （該当する番号に○を付けてください）			
保険適用外の場合	特定不妊治療を初めて開始した日      年 月 日      今回で      回目			
今回の治療期間	年 月 日 ～      年 月 日			
今回の治療内容				
○排卵日      （      年      月      日）				
○胚移植日      （      年      月      日）				
○妊娠判定日      （      年      月      日）				
○治療経過（妊娠判定結果、中止・中断理由 等）				
注射等を他の医療機関に依頼した場合、その医療機関名（      ）				
○治療に要した費用				
1 医療保険各法の適用を受ける治療      自己負担割合      割      円 ①				
2 その他の知慮に要した費用（保険外診療）入院費、食事料、文書料、消費税を除く <span style="float: right;">円） ②</span>				
合 計      円      （①+②）				

医療機関発行の領収書の写しを添付してください。

阿賀野市特定不妊治療費助成金交付（不交付）決定通知書

第 年 月 日 号

様

阿賀野市長

印

年 月 日付けで申請のありました特定不妊治療費助成金の交付（不交付）

について、下記のとおり決定しましたので通知します。

1 交付します。

助成金決定額 (助成金確定額)				円
支払予定日	年 月 日	支払方法		

2 交付しません。

理 由	
-----	--