

阿賀野市告示第33号

阿賀野市不育症治療費助成事業実施要綱の一部を改正する要綱を次のように定める。

令和5年3月14日

阿賀野市長 田中清善

阿賀野市不育症治療費助成事業実施要綱の一部を改正する要綱

阿賀野市不育症治療費助成事業実施要綱（令和2年阿賀野市告示第71号）の一部を次のように改正する。

第3条第3号を次のように改める。

- (3) 夫婦の両方が、治療期間中から申請時までにおいて市内に住所を有すること。
ただし、治療開始日以降に夫婦のいずれかが死亡した場合は、夫婦の両方が治療期間内に市内に住所を有し、かつ夫婦のいずれかが申請時まで市内に住所を有することとする。

第3条第5号を次のように改める。

- (5) 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。

第4条第2項に次の1号を加える。

- (5) 夫婦両方が転入する前に治療に要した医療費

第6条第1項に次の1号を加える。

- (5) その他市長が必要と認めるもの

第1号様式を次のように改める。

第1号様式(第6条関係)

阿賀野市不育症治療費助成金交付申請書

関係書類を添えて、下記のとおり不育症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納税状況の確認、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 (歳)
	住所	阿賀野市		
妻	(フリガナ) 氏名			
	生年月日	年	月	日 (歳)
	住所	阿賀野市		
日中の連絡先	() 夫・妻・職場・その他 ()			
加入医療保険 (夫)	[種別] 市町村国保・組回国保・健保・共済・その他 () [保険者番号] () [区分] 本人・被扶養者			
加入医療保険 (妻)	[種別] 市町村国保・組回国保・健保・共済・その他 () [保険者番号] () [区分] 本人・被扶養者			
申請回数	回目 (前回の申請は 年 月)			
今回の治療に対し、他の自治体での助成の有無		有 (円)・無		
申請者(夫及び妻が自署)				
氏名 夫 _____ 妻 _____				
申請額 金 _____ 円				
振込先	金融機関名			支店名
	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 阿賀野市不育症治療保険医療機関等証明書(領収書及び診療明細書添付)
※保険薬局で投薬を受けた方は、上記の他阿賀野市不育症治療保険薬局等証明書
- ② 戸籍謄本
- ③ 夫婦両方の健康保険の加入状況がわかる書類(健康保険証の写し等)
- ④ その他市長が必要と認めるもの

<市記入欄>

	前年度（ 年度）	前々年度（ 年度）	照会日
夫	<input type="checkbox"/> 未納なし <input type="checkbox"/> 未納あり <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税情報なし	<input type="checkbox"/> 未納なし <input type="checkbox"/> 未納あり <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税情報なし	 年 月 日
妻	<input type="checkbox"/> 未納なし <input type="checkbox"/> 未納あり <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税情報なし	<input type="checkbox"/> 未納なし <input type="checkbox"/> 未納あり <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税情報なし	 年 月 日

第2号様式を次のように改める。

第2号様式(第6条関係)

阿賀野市不育症治療保険医療機関等証明書

阿賀野市長 様

受診者	生年月日	年 月 日
治療期間	<p>※他の医療機関での検査、治療がある場合は、その期間も含んでください。</p> <p>年 月 日～ 年 月 日</p> <p>他の医療機関での検査・治療の実施（該当する方に☑し、医療機関名を記入してください。</p> <p>□有（医療機関 _____） ・ □無</p>	
治療費	<p>証明額（消費税は含まない）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 治療期間中に他市区町村から転入した場合は、夫婦両方が転入した日以降の治療費を記入してください。 ・ 転入日が不明な場合は、市の不育症治療助成担当課へ問い合わせください。 <p>_____ 円</p> <p>※他院での検査、治療費も含んでください。</p>	
治療が必要な理由と治療内容	<p>該当する項目にチェックし、詳細を記載してください。</p> <p>□免疫異常 □内分泌異常 □夫婦染色体異常</p> <p>□子宮異常 □その他（ _____ ）</p> <p>治療内容</p> <p>院外処方（該当する方に☑してください。） □有 ・ □無</p>	
治療結果	<p>□ 出産 □ 流産等 □ その他（ _____ ）</p>	
医療機関	<p>上記のとおり、不育症治療等を行ったことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>名称</p> <p>主治医氏名</p> <p>印</p>	

注1) 「院外処方」の欄は、医療機関で院外処方を出した場合「有」に☑をしてください。「無」の場合、調剤薬局の調剤費は含みません。

注2) 治療費は、不育症治療に関する保険診療の検査料治療費をいいます。差額ベッド代、食事代、文書料、交通費、処方箋によらない医薬品、その他直接不育症治療に関係ないものは含みません。

注3) 検査費用については、不育症の原因を特定するために検査を行い、その後不育症治療を受ける場合は、助成対象になりますが、治療に至らなかった場合は助成対象になりません。

市記入欄	(転入日) 年 月 日	(備考)
------	-------------	------

第3号様式を次のように改める。

第3号様式(第6条関係)

阿賀野市不育症治療保険薬局等証明書

- ・治療期間中に他市区町村から転入した場合は、夫婦両方が転入した日以降の負担額を記入してください。
- ・転入日が不明な場合は、市の不育症治療助成担当課へ問い合わせください。

阿賀野市長 様

氏名		生年月日	年 月 日	
調剤期間	年 月 日 から	年 月 日		
不育症治療に要した総点数	点	保険診療分の本人負担額	円	
本人負担等の内訳	保険診療分			※不育症治療にかかわる負担額のみ記載してください。
	区分	調剤点数	負担金額	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
上記のとおり、領収したことを証明します。				
			年 月 日	
所在地	名称		印	
保険薬局	電話番号			

市記入欄	(転入日) 年 月 日	(備考)
------	-------------	------

附 則

この告示は、令和5年4月1日から施行する。