

阿賀野市告示第34号

阿賀野市特定不妊治療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

阿賀野市特定不妊治療助成事業実施要綱の一部を改正する要綱

阿賀野市特定不妊治療助成事業実施要綱（令和4年阿賀野市告示第45号）の一部を次のように改正する。

第3条に次の1号を加える。

（3） 夫婦両方が転入する前に治療に要した医療費

第4条第2号中「治療開始時」を「治療期間中」に改め、同号に次のただし書を加える。

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7条第4号及び第5号を次のように改める。

（4） 夫婦両方の健康保険の加入状況がわかる書類

（5） 高額療養費受給が証明できるもの

第7条に次の1号を加える。

（6） 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7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 (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 _____ | | | | |
| 申請額 金 _____ 円 自己負担額が150,000円を超える場合 申請額は150,000円となります。 | | | | |
| 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阿賀野市特定不妊治療保険医療機関等証明書 (領収書添付)
- ②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)
- ③その他市長が必要と認めるもの

(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 |

<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7条関係）

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極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 <u>今回で</u> 回且 | | | |
| 今回の治療期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | |
| 今回の治療内容 | | | | |
| ○採卵日 （ 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 | | | | |
| ・ 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。 | | | | |
| ・ 転入日が不明な場合は、市の特定不妊治療助成担当課へ問い合わせください。 | | | | |
| 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 その他の治療に要した費用（保険外診療） ※入院費、食事料、文書料、消費税を除く | | | | |
| _____ 円 ② | | | | |
| 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。

| | | | |
|------|-------|-------|------|
| 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。