

阿賀野市告示第207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7年10月23日

阿賀野市長 加藤 博 幸

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6条中「子ども1人につき」を削り、同条に次の1項を加える。

- 2 助成を受けた後に出産し、または妊娠12週以降に死産した場合は、これまで受けた助成回数を0回とする。この場合において、出産し、または死産した事実は、申請者が次に掲げる書類のいずれかの写しを提出し、確認するものとする。

- (1) 住民票
- (2) 戸籍謄本
- (3) 死産届
- (4) 母子健康手帳

第7条第3号中「領収書」の次に「及び診療明細書」を加える。

第9条を第10条とし、第8条の次に次の1条を加える。

（書類の省略）

第9条 第6条第2項及び第7条第4号の規定にかかわらず、申請に必要な事項を公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）により確認できる場合は、書類の提出を省略することができる。

- 2 第7条第5号の規定にかかわらず、医療機関等の窓口で、健康保険証利用登録を行ったマイナンバーカードを提出し、限度額情報の表示に同意した場合は、書類の提出を省略することができる。

第1号様式を次のように改める。

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、納税状況及び加入医療保険資格情報等の確認、医療機関への内容確認等を行うことに同意します。

阿賀野市長 様
年 月 日
※太枠内をご記入ください。

夫	(フリガナ) 氏 名				
	個人番号		電話番号		
	生年月日	年 月 日 (歳)			
	住 所	〒 阿賀野市			
妻	(フリガナ) 氏 名				
	個人番号		電話番号		
	生年月日	年 月 日 (歳)			
	住 所	夫の住所と異なる場合のみ記入してください。 〒 阿賀野市			
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 口 座	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				

※ 夫婦どちらかの名義の振込口座を記入してください。

(添付書類) ①阿賀野市特定不妊治療保険医療機関等証明書
②領収書・診療明細書 ③その他市長が必要と認めるもの

受給者番号		回数	通算	回目(リセット 前・後	上限	回)
今回治療期間の初日の 属する年度(年度)		夫 ☐ 未納なし ☐ 未納あり ☐ 非課税 ☐ 課税情報なし	妻 ☐ 未納なし ☐ 未納あり ☐ 非課税 ☐ 課税情報なし		月 日照会	
上記の前年度(年度)		夫 ☐ 未納なし ☐ 未納あり ☐ 非課税 ☐ 課税情報なし	妻 ☐ 未納なし ☐ 未納あり ☐ 非課税 ☐ 課税情報なし		月 日照会	

附 則
この告示は、令和7年10月23日から施行する。