掛川市告示第67号

掛川市一般不妊治療費補助金交付要綱（平成26年掛川市告示第93号）の一部を次のように改正する。

平成29年４月27日

掛川市長　松　井　三　郎

題名を次のように改める。

掛川市一般不妊治療費等補助金交付要綱

第１中「不妊治療」を「一般不妊治療等」に、「一般不妊治療」を「一般不妊治療等」に改める。

第２の(3)を次のように改める。

(3) この要綱において「医療機関」とは、医療法（昭和23年法律第205号）第１条の５第１項に規定する病院又は同条第２項に規定する診療所をいう。

第２に次のように加える。

(4) この要綱において「一般不妊治療等」とは、夫婦のいずれかが医療機関で受けた治療（医療保険各法に基づく保険適用となる治療を除く。)のうち、次のいずれかに該当するものをいう。

ア　人工授精（夫から採取した運動性の良好な調整された精子を排卵日に妻の子宮に注入する治療をいう。以下同じ。）

イ　不育症治療（妊娠後の流産又は死産の繰り返しにより出産できない症状を改善させる治療をいう。以下同じ。）

第３中「次のいずれにも該当する夫婦」を「夫又は妻の住所地が掛川市内である夫婦（人工授精にあっては、当該治療に係る期間の初日における妻の年齢が40歳未満である夫婦に限る。)」に改め、第３の(1)及び(2)を削る。

第４中「一般不妊治療」を「一般不妊治療等」に改め、「次に掲げる」の次に「区分に応じ、それぞれ次に定める」を加え、第４の(1)及び(2)を次のように改める。

(1) 人工授精　次に掲げる経費

ア　事前検査として実施する精子の細菌学検査及び感染症検査に要する経費

イ　精子の採取（事前採取を含む。）に要する経費

ウ　精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存に要する経費（夫が人工授精当日に医療機関に受診できない場合に限る。）

エ　精子の濃縮、洗浄等に要する経費

オ　排卵誘発のためのＨＣＧ注射に要する経費

カ　精子を子宮内に注入するために要する経費

キ　人工授精後の感染予防のために服用する抗生剤等の投与に要する経費

(2) 不育症治療　次に掲げる経費

ア　不育症の検査（次に掲げる検査に限る。）に要する経費

(ｱ) 抗リン脂質抗体検査（一次スクリーニング）

(ｲ) 夫婦染色体検査

(ｳ) 抗リン脂質抗体検査（選択的検査）

(ｴ) 血栓性素因スクリーニング検査

(ｵ) 絨毛染色体検査

イ　次に掲げる治療法による治療に要する経費

(ｱ) 低用量アスピリン療法

(ｲ) ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射療法を含む。）

第４の(3)から(7)までを削る。

第５中「６万3,000円」を「人工授精にあっては６万3,000円、不育症治療にあっては10万円」に改め、第５の(2)中「一般不妊治療（人工授精）費助成事業費補助金実施要領」を「一般不妊治療（人工授精）費等助成事業費補助金実施要領」に改める。

第６の(1)のイ中「一般不妊治療受診等証明書」を「一般不妊治療等受診等証明書」に改め、第６の(1)のウ中「一般不妊治療」を「一般不妊治療等」に改め、第６の(1)のエ中「所得」を「所得額及び所得控除額」に改め、「（市において当該所得を確認できない場合に限る。）」を削り、第６の(1)に次のように加える。

オ　市において夫婦であることを確認できない場合にあっては、夫及び妻の戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書（外国人にあっては、公の機関が発行した夫婦であることを証明する書類）

第６の(2)中「一般不妊治療」を「一般不妊治療等」に改める。

様式第１号及び様式第２号を次のように改める。

様式第１号

一般不妊治療費等補助金交付申請書

年　　月　　日

（あて名）掛川市長

申請者　住　所
氏　名　　㊞

一般不妊治療費等補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

なお、補助金の交付決定のため、夫又は妻の住所、戸籍、前年（１月から５月の申請にあっては、前々年）所得及び過去に受けた一般不妊治療費等補助金の交付状況について、市長が確認することに同意します。

<table>
<tr><td rowspan="2">夫</td><td>（ふりがな）</td><td></td><td colspan="2">生 年 月 日　（ 年 齢 ）</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td><td colspan="2">年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">妻</td><td>（ふりがな）</td><td></td><td colspan="2">生 年 月 日　（ 年 齢 ）</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td><td colspan="2">年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="2">住　　所</td><td colspan="3">〒
電話</td></tr>
<tr><td colspan="2">（夫と妻の住所が異なる場合は、本欄にも記入）</td><td colspan="3">〒
電話</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="6">加入医療保険の状況</td><td rowspan="3">夫</td><td>種別</td><td colspan="3">□市国保　□組合国保　□健保　□共済　□その他</td></tr>
<tr><td>保 険 者 名</td><td></td><td>保険者番号</td><td></td></tr>
<tr><td>記 号 番 号</td><td></td><td>区分</td><td>□本人　□被扶養者</td></tr>
<tr><td rowspan="3">妻</td><td>種別</td><td colspan="3">□市国保　□組合国保　□健保　□共済　□その他</td></tr>
<tr><td>保 険 者 名</td><td></td><td>保険者番号</td><td></td></tr>
<tr><td>記 号 番 号</td><td></td><td>区分</td><td>□本人　□被扶養者</td></tr>
</table>

一般不妊治療等に要した経費の額	円	①
保険適用となる治療に要した経費の額	円	②
申　　請　　額	円	①－②
過去に受けた本市又は県内他市町による一般不妊治療費等補助金の交付状況	□ 有り（　　） □ 無し	

（添付書類）

１　一般不妊治療等受診等証明書（様式第２号）

２　一般不妊治療等を受けた医療機関発行の領収書

３　夫及び妻の前年（申請日が１月から５月までの間にある場合にあっては、前々年）の所得額及び所得控除額が確認できる書類

４　市において夫婦であることを確認できない場合にあっては、夫及び妻の戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書（外国人にあっては、公の機関が発行した夫婦であることを証明する書類）

様式第２号（その１）

一般不妊治療等受診等証明書（人工授精）

下記の者については、人工受精を実施し、これに係る医療費（保険適用外分）を下記のとおり領収したことを証明します。

年　　月　　日

所在地
医療機関　名　称
主治医　　㊞

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

受診者	夫	（ふりがな） 氏　　名	
		生年月日	年　　月　　日　（　　歳）
	妻	（ふりがな） 氏　　名	
		生年月日	年　　月　　日　（　　歳）
治療開始年月日		年　　月　　日	
今回の治療期間		年　　月　　日から　　年　　月　　日まで	
人　工　授　精　（　　回）			

本人負担額の内訳	区　　分	実費（保険適用外診療に限る。）負担額	
		医療機関領収分　①	薬局領収分　②
	年　　月分	円	円
	年　　月分	円	円
	年　　月分	円	円
	年　　月分	円	円
	年　　月分	円	円
	年　　月分	円	円
	年　　月分	円	円
	年　　月分	円	円
	年　　月分	円	円
	年　　月分	円	円
	年　　月分	円	円
	年　　月分	円	円
領収金額		円　①＋②	

（注）

１　当該患者に関して行った保険適用外の人工授精に係る領収金額のみご記入ください。

２　本人負担額の内訳欄の薬局領収分には、治療に当たって院外処方を行った場合に限り、薬局発行の領収書から本人負担額を転記してください。

３　対象となる費用は、次に掲げるものです。

(1) 事前検査として実施する精子の細菌学検査及び感染症検査に要する費用

(2) 精子の採取（事前採取を含む。）に要する費用

(3) 精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存に要する費用（夫が人工授精当日に医療機関に受診できない場合に限る。）

(4) 精子の濃縮、洗浄等に要する費用

(5) 排卵誘発のためのＨＣＧ注射に要する費用

(6) 精子を子宮内に注入するために要する費用

(7) 人工授精後の感染予防のために服用する抗生剤等の投与に要する費用

４　文書料（この証明書に係るものを含む。）、個室料等の治療に直接関係のない費用は、含まないでください。

様式第２号（その２）

一般不妊治療等受診等証明書（不育症治療）

下記の者については、不育症治療を実施し、これに係る医療費（保険適用外分）を下記のとおり領収したことを証明します。

年　　月　　日

所在地
医療機関　名　称
主治医　　㊞

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

受診者	夫	（ふりがな） 氏　　名	
		生年月日	年　　月　　日　（　　歳）
	妻	（ふりがな） 氏　　名	
		生年月日	年　　月　　日　（　　歳）
治療開始年月日		年　　月　　日	
今回の治療期間		年　　月　　日から　　年　　月　　日まで	

本人負担額の内訳	区　　分	検査又は治療の内容	実費（保険適用外診療に限る。）負担額	
			医療機関領収分　①	薬局領収分　②
	年　　月分		円	円
	年　　月分		円	円
	年　　月分		円	円
	年　　月分		円	円
	年　　月分		円	円
	年　　月分		円	円
	年　　月分		円	円
	年　　月分		円	円
	年　　月分		円	円
	年　　月分		円	円
	年　　月分		円	円
	年　　月分		円	円
領　収　金　額		円　①＋②		

（注）

１　当該患者に関して行った保険適用外の不育症治療に係る領収金額のみご記入ください。

２　本人負担額の内訳欄の薬局領収分には、治療に当たって院外処方を行った場合に限り、薬局発行の領収書から本人負担額を転記してください。

３　検査又は治療の内容の欄には、次に掲げる検査又は治療のうちから該当するものを記入してください。（複数選択可）

(1) 検査

ア　抗リン脂質抗体検査（一次スクリーニング）

イ　夫婦染色体検査

ウ　抗リン脂質抗体検査（選択的検査）

エ　血栓性素因スクリーニング検査

オ　絨毛染色体検査

(2) 治療

ア　低用量アスピリン療法

イ　ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射療法を含む。）

４　文書料（この証明書に係るものを含む。）、個室料等の検査又は治療に直接関係のない費用は、含まないでください。

様式第３号中「一般不妊治療費補助金」を「一般不妊治療費等補助金」に改める。

附　則

この告示は、公示の日から施行し、平成29年度分の補助金から適用する。