

掛川市男性不妊治療費補助金交付要綱を次のように定める。

平成27年6月10日

掛川市長 松井三郎

第1 趣旨

市長は、不妊治療の経済的負担の軽減を図り、もって出生数の増加に資するため、男性不妊治療を受けた法律上の婚姻をしている夫婦に対し、予算の範囲内において、補助金を交付するものとし、その交付に関しては、掛川市補助金等交付規則（平成17年掛川市規則第30号）及びこの要綱の定めるところによる。

第2 定義

- (1) この要綱において「夫婦」とは、法律上の婚姻をしていることの確認ができる男女をいう。
- (2) この要綱において「医療保険各法」とは、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 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）
 - エ 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
 - オ 地方公務員共済組合法（昭和37年法律第152号）
 - カ 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）
- (3) この要綱において「男性不妊治療」とは、特定不妊治療（掛川市特定不妊治療費補助金交付要綱（平成18年掛川市告示第16号。以下「特定不妊補助要綱」という。）第2の(1)に規定する治療をいう。以下同じ。）に至る過程の一環として行われる精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術その他の治療をいう。ただし、次に掲げる治療を除く。
 - ア 医療保険各法に基づく保険適用となる治療
 - イ 保険者又は共済組合の規約等に基づく任意の給付（以下「付加給付」という。）の対象となる治療

第3 補助対象者

補助の対象となる者は、次のいずれにも該当する夫婦の一方とする。

- (1) 夫又は妻の住所地が掛川市内である夫婦
- (2) 特定不妊補助要綱の規定に基づく補助金の補助の対象となる夫婦
- (3) 特定不妊治療に係る期間の初日における妻の年齢が43歳未満である夫婦

第4 補助対象経費

男性不妊治療に要する経費（文書料、個室料等の治療に直接関係のない経費を除く。）のうち、精巣内精子生検採取法、精巣上体内精子吸引採取法その他の精子を採取するための処置及び検査に要する経費

第5 補助率（額）並びに補助の回数及び期間

- (1) 補助率（額）

補助対象経費の10分の7以内とし、1夫婦1回当たり10万5,000円を限度とする。

- (2) 補助の回数及び期間

同一の夫婦に対して特定不妊補助要綱の規定に基づく補助の対象となる回数及び期間を限度とする。

第6 交付の申請

- (1) 提出書類 各1部

ア 交付申請書（様式第1号）

イ 男性不妊治療受診等証明書（様式第2号）

ウ 男性不妊治療を受けた医療機関発行の領収書

エ 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つては、前々年）の所得を証明する書類（市において当該所得を確認できない場合に限る。）

- (2) 提出期限

特定不妊補助要綱第6の(2)に規定する日まで

第7 請求の手続

- (1) 提出書類 1部

請求書（様式第3号）

- (2) 提出期限

補助金交付確定通知書を受領した日から起算して10日を経過した日まで

附 則

この告示は、公示の日から施行し、平成27年度分の補助金から適用する。

男性不妊治療費補助金交付申請書

年 月 日

(あて名) 掛川市長

申請者 住 所
氏 名

㊟

男性不妊治療費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月の申請にあつては、前々年）所得、付加給付額及び過去に受けた男性不妊治療費補助金等の交付状況について、市長が確認することに同意します。

夫	(ふりがな)			生年月日 (年齢)			
	氏名			年 月 日 (歳)			
妻	(ふりがな)			生年月日 (年齢)			
	氏名			年 月 日 (歳)			
住 所		〒 電話					
(夫と妻の住所が異なる場合は、本欄にも記入)		〒 電話					
加入医療保険の状況	夫	種別	<input type="checkbox"/> 市国保 <input type="checkbox"/> 組合格保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他				
		保険者名			保険者番号		
		記号番号			区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
	妻	種別	<input type="checkbox"/> 市国保 <input type="checkbox"/> 組合格保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他				
		保険者名			保険者番号		
		記号番号			区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
男性不妊治療に要した経費の額				円	①		
付加給付額 (該当する場合に限る。)				円	②		
申 請 額				円	①-②		
特定不妊治療費補助金交付要綱の規定に基づく補助金の交付申請の有無		<input type="checkbox"/> 有 (申請日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 無					

(添付書類)

- 1 男性不妊治療受診等証明書 (様式第 2 号)
- 2 男性不妊治療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つては、前々年) の所得が確認できる書類 (市において当該所得を確認できない場合に限る。)

(市記入欄)

男性不妊治療受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療に至る過程の一環として男性不妊治療を実施し、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)		
今回の治療期間	年 月 日から 年 月 日まで		
領収金額	円		
特定不妊治療を実施する医療機関の名称			

(注)

- 1 当該患者に関して行った男性不妊治療に係るもののみ御記入ください。
- 2 治療に当たって院外処方を行った場合に限り、貴医療機関で領収した金額に薬局発行の領収書に記載されている本人負担額を加えた金額を領収金額の欄に御記入ください。
- 3 対象となる費用は、精巣内精子生検採取法（T E S E）、精巣上体内精子吸引採取法（M E S A）その他の精子を精巣又は精巣上体から採取するための検査、手術その他の処置に要する費用です。
- 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。

請 求 書

金 円

ただし、 年 月 日付け 第 号により補助金の交付の確定を受けた男性不妊治療費補助金として、上記のとおり請求します。

年 月 日

(あて先) 掛川市長

請求者 住所
氏名

印

口座振替先金融機関名
支店名
口座種別
口座番号
口座名義人