

○東洋町不妊治療費等助成事業実施要綱

平成27年4月9日

訓令第15号

(趣旨)

第1条 この要綱は、東洋町不妊治療費等助成事業(以下「本事業」という。)の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

(目的)

第2条 本事業は、不妊治療における高額な治療費や通院等の経費などの経済的負担を軽減することで、不妊の悩みに対する支援の一助となることを目的とする。

(助成対象者)

第3条 本事業の対象者は、法律上の婚姻している夫婦で、夫婦のいずれかが東洋町に住所を有する者とする。

2 前項の規定に関わらず、高知県(以下「県」という。)やその他の団体が実施する不妊治療支援事業等の対象者で、かつ対象者が負担すべき不妊治療経費の全額が助成される場合は、本事業の対象としない。

(実施方法)

第4条 町は、県やその他の都道府県、指定都市又は中核市の知事又は市長が不妊治療を実施するのに適当であると認めて指定する医療機関において、第5条第1項に規定する助成対象経費について、助成対象者の申請に基づき助成金を交付する。

(助成対象経費及び助成額)

第5条 本事業の助成対象経費及び助成額は、別表に定めるものとする。

2 前項の規定に関わらず、次に掲げる治療等の経費は助成対象としない。

- (1) 夫婦以外の第三者からの精子、卵子又は胚の提供による不妊治療
- (2) 代理母(妻が卵巣及び子宮を摘出したこと等により、妻の卵子を使用することができず、かつ、妻が妊娠することができない場合に、夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠及び出産するものをいう。)
- (3) 借り腹(夫婦の精子及び卵子は使用できるが、子宮摘出等により、妻が妊娠できない場合に、夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚を妻以外の第三者の子宮に注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠及び出産するものをいう。)

(申請)

第6条 助成金の支給を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、町長に東洋町不妊

治療費等助成金支給申請書(様式第1号)に関係書類を添えて提出しなければならない。

2 別表に規定する特定不妊治療を受けた者は、前項に規定する書類に東洋町特定不妊治療医療機関受診証明書(様式第2号)(以下「特定不妊治療受診証明書」という。)を添えて提出しなければならない。ただし、県やその他の団体が実施する不妊治療支援事業等の対象者で、特定不妊治療受診証明書の記載事項と同様の証明ができる場合は、この証明書に代えて提出することができる。

3 別表に規定する一般不妊治療を受けた者は、第1項に規定する書類に東洋町一般不妊治療等医療機関受診証明書(様式第3号)(以下「一般不妊治療等受診証明書」という。)を添えて提出しなければならない。ただし、県やその他の団体が実施する不妊治療支援事業等の対象者で、一般不妊治療受診証明書の記載事項と同様の証明ができる場合は、この証明書に代えて提出することができる。

(申請の期限)

第7条 前条に規定する申請の期限は、治療が終了した日の属する年度の3月31日とする。

ただし、治療が終了した日が3月である場合の申請期限は、翌年度の6月30日までとする。

(助成金の支給決定)

第8条 町は前条の規定により申請を受理したときはこれを審査し、東洋町不妊治療費等助成事業承認決定通知書(様式第4号)又は東洋町不妊治療費等助成事業不承認決定通知書(様式第5号)により申請者に決定事項を通知するものとする。

(助成金の返還)

第9条 偽りその他不正手段により本事業の助成金を受給した場合、助成金の全部を返還させるものとする。

(助成台帳)

第10条 町長は、助成の状況を明確にするため、助成台帳を備えつけるものとする。

(雑則)

第11条 この要綱に定めるものの他、助成金の支給に関して必要な事項は町長が別に定める。

附 則

この要綱は、公布の日から施行し、平成27年4月1日以降において開始した不妊治療について適用する。

別表(第5条、第6条関係)

区分	助成対象経費	助成額
一般不妊治療費	一般不妊治療に要する経費 (1) 不妊検査に要する経費 (2) タイミング療法(不妊相談)に要する経費 (3) 薬物療法(内服・注射)(4)手術経費 (5) 人工受精に要する経費 (6) その他一般不妊治療要する経費	一般不妊治療に要する費用として、対象者が負担すべき額から、高知県やその他の団体が実施する不妊治療支援事業等の助成額を控除した額について、1年度につき5万円以内。
特定不妊治療費	体外受精に要する経費 顕微授精に要する経費	特定不妊治療に要する費用として、対象者が負担すべき額から、高知県やその他の団体が実施する不妊治療支援事業等の助成額を控除した額について、1回(採卵準備のための投薬開始から体外受精又は顕微授精1回に至る治療の過程)につき5万円以内。
通院旅費に相当する経費	夫、妻の住所地から通院する医療機関までの自動車における往復最短経路のうち、いずれか短い往復距離に要する旅費相当額	受診1回につき、対象者の住所地から医療機関所在地までの自動車における往復最短経路で1kmあたり25円。ただし、往復距離は200kmを上限とする。 (経路距離を少数以下切り捨てにより計算)
宿泊費又は宿泊施設利用料	夜間(21:00～7:00)に受診する場合の実費宿泊費又は宿泊施設利用料(飲食経費や駐車料金等を除く)	受診日前後の宿泊又は宿泊施設利用料1泊(1日)分に限って、7,000円以内。

様式第1号(第6条関係)おもて面
東洋町不妊治療費等助成金支給申請書

高知県安芸郡東洋町長 様

東洋町不妊治療費等助成事業実施要綱に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。また、この申請の審査において関係する機関への照会及び情報提供に同意します。

申請者	住所	高知県安芸郡東洋町大字									
	氏名	印									
夫	住所						電話番号				
	氏名						生年月日				
妻	住所						電話番号				
	氏名						生年月日				
申請額		円									
振込先口座	金融機関名						店名				
	預金種別		口座番号								
	フリガナ 名義人	-----									
申請日		年 月 日					申請受理日		年 月 日		

※太枠を記入ください。
※裏面に記載する関係書類をこの申請書と併せて提出してください。

様式第1号(第6条関係)うら面

添付書類

関係書類	特定不妊治療の場合		一般不妊治療の場合	
	東洋町への申請回数		東洋町への申請回数	
	1回目	2回目以降	1回目	2回目以降
高知県やその他の団体が実施する不妊治療支援に類する事業の助成金等の支給額が分かる通知書 ★県等の不妊治療支援事業の対象とならない場合や、不支給の場合は提出する必要はありません。	○	○	△	△
高知県やその他の団体が実施する特定不妊治療支援に類する事業の医療機関受診証明書 ※注1 ★県等の特定不妊治療支援事業の対象とならない場合や、不支給の場合は提出する必要はありません。	△	△		
東洋町特定不妊治療等助成事業医療機関受診等証明書 ★県等の特定不妊治療支援事業の対象となる場合は、提出する必要はありません。	△	△		
高知県やその他の団体が実施する一般不妊治療支援に類する事業の医療機関受診証明書 ★県等の一般不妊治療支援事業の対象とならない場合や、不支給の場合は提出する必要はありません。			△	△
東洋町一般不妊治療等助成事業医療機関受診等証明書 ★県等の一般不妊治療支援事業の対象となる場合は、提出する必要はありません。			△	△
法律上の婚姻関係を証明することができる書類で、申請日の30日以内に発行されたもの。 ※戸籍謄本等(住民票で夫婦であることを確認できる場合は不要)	○	×	○	×
夫婦の住民票 ※2回目以降の申請は、住所変更がなければ省略できます。	○	△	○	△
不妊治療に要した経費の領収書 ※注1	○	○	○	○
※東洋町不妊治療費等助成事業実施要綱別表第1に規定する通院旅費に相当する経費や、宿泊費又は宿泊施設利用料の助成申請をされる方は次の書類も必要です。 ★通院したことがわかる書類(領収書等) ★宿泊費又は宿泊施設利用料の領収書 ※注1	○	○	○	○

注1 高知県やその他の団体が実施する不妊治療支援に類する事業等に原本が必要な場合は写しで可。

様式第2号(第6条関係)

東洋町特定不妊治療医療機関受診証明書

年 月 日

高知県安芸郡東洋町長 様

所在地
医療機関名
主治医氏名 印

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがない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、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。
記

主治医が記入してください

受診者	夫		妻	
		年 月 日生		年 月 日生
今回の治療方法	該当する番号に○を付けてください。 1. 体外受精 2. 顕微授精			
	該当する記号に○を付けてください。(下記の注1. 参照) A ・ B ・ C ・ D ・ E ・ F			
今回の治療期間	(下記の注2. 参照) 年 月 日～ 年 月 日			
妊娠成立の有無	有 ・ 無			
日本産婦人科学会 UMIN個別調査票 登録の有無	日本産婦人科学会UMIN個別調査票に記載した症例登録番号を転記してください。 有(症例登録番号：) ・ 無			
領収金額	今回の治療にかかった金額の合計(保険外診療に限ります。) 円			

注1. 助成対象となる治療は次のいずれかに該当するものです。

- A. 新鮮胚移植を実施
- B. 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施(採卵及び受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1周期ないし3周期程度の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合)
- C. 以前に凍結した胚による胚移植を実施
- D. 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
- E. 受精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子受精等の異常受精等により中止
- F. 排卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないために中止

注2. 治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。

様式第3号(第6条関係)

東洋町一般不妊治療医療機関受診証明書

年 月 日

高知県安芸郡東洋町長 様

所在地
医療機関名
主治医氏名 印

下記のとおり、一般不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

受診者氏名			男・女	生年月日	
貴医療機関における一般不妊治療開始年月日			年 月 日		
()年度における診療期間			年 月 日～ 年 月 日		
保険診療に要した総点数			点		
保険診療分の本人負担(領収)金額			円		
保険診療以外の治療本人負担(領収)金額			円		
本人負担額の 内訳	区分	保険診療分		保険診療以外の 本人負担額	
		診療点数	本人負担額		
	4月分	点	円	円	
	5月分	点	円	円	
	6月分	点	円	円	
	7月分	点	円	円	
	8月分	点	円	円	
	9月分	点	円	円	
	10月分	点	円	円	
	11月分	点	円	円	
	12月分	点	円	円	
	1月分	点	円	円	
	2月分	点	円	円	
3月分	点	円	円		
治療の内容	不妊症	該当する番号に○を付けてください。 1. 検査名(検査名) 2. タイミング療法(不妊相談) 3. 薬物療法(内服・注射) 4. 手術() 5. 人工授精 6. その他()			
	不育症	該当する番号に○を付けてください。 1. タイミング療法(不妊相談) 2. 薬物療法(内服・注射) 3. 手術() 4. その他()			
院外処方の有無		1. 有 ・ 2. 無			
妊娠成立の有無		1. 有 ・ 2. 無 ・ 3. 未確認			
出産の有無		1. 有 ・ 2. 無 ・ 3. 未確認			

◎一般不妊治療(不育治療含む)に関する費用についてのみご記入ください。

◎入院費、食事代等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。

様式第4号(第8条関係)

東洋町不妊治療費等助成事業承認決定通知書

第 号
年 月 日

様

高知県安芸郡東洋町長

年 月 日付けで申請がありました不妊治療費等の助成については、承認することとし、下記金額を助成することを決定しましたので通知します。

記

助成決定額 円

(内訳)

一般不妊治療費	保険診療分	円
	保険外診療分	円
特定不妊治療費		円
通院旅費に相当する経費		円
宿泊費又は宿泊施設利用料		円

様式第5号(第8条関係)

第 号
年 月 日

東洋町不妊治療費等助成事業不承認決定通知書

様

高知県安芸郡東洋町長

年 月 日付けで申請がありました不妊治療費等の助成については、下記の理由により不承認としましたので通知します。

記

不承認とした理由

様式第1号(第6条関係)

様式第2号(第6条関係)

様式第3号(第6条関係)

様式第4号(第8条関係)

様式第5号(第8条関係)