

田原市不育症治療費等助成事業補助金交付要綱

(目的)

第1条 この要綱は、不育症治療を受けている夫婦に対し、不育症治療に要する費用（以下「不育症治療費」という。）の一部について予算の範囲内で田原市特定不育症治療費等助成事業補助金（以下「補助金」という。）を交付することにより、経済的な負担の軽減を図り、もって少子化対策の推進に寄与することを目的とする。

(定義)

第2条 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。

- (1) 健康保険法（大正11年法律第70号）
- (2) 船員保険法（昭和14年法律第73号）
- (3) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）
- (4) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- (5) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
- (6) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）

2 この要綱において「夫婦」とは、婚姻の届出をし、引き続き婚姻関係にある者又は事実婚関係（婚姻の届出はないが、同一世帯にあり、又は別世帯であっても同一住所に登録があり、事実上婚姻関係と同様の事情にある男女をいう。以下同じ。）にある者をいう。

3 この要綱において「夫」とは、夫婦のうち男性の者をいう。

4 この要綱において「妻」とは、夫婦のうち女性の者をいう。

(補助対象不育症治療等)

第3条 補助金の交付の対象となる不育症治療等「補助対象不育症治療等」という。）は、医療保険が適用されない不育症の治療等に要した費用のうち、別表に定めるものを対象とする。

(補助対象者)

第4条 補助金の交付を受けることができる夫婦（以下「不育症補助対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 夫婦の一方又は両方が治療開始日および申請日の期間に田原市内に

住所を有していること。

- (2) 補助対象不育症治療等を行った期間の初日における妻の年齢が 43 歳未満であること。
- (3) 愛知県内の産婦人科を標榜する医療機関において、2 回以上の流産や死産、早期新生児死亡の既往があると医師に診断され第 3 条の治療を受けていること。
- (4) 夫及び妻の市税に滞納がないこと。
- (5) 医療保険各法の規定に基づく被保険者若しくは組合員又は被扶養者であること。
- (6) 他の自治体を実施する補助対象不育症治療等の助成を受けていないこと。

(補助金の額等)

第 5 条 補助金の額は、1 年度につき、不育症治療等に要する費用として不育症補助対象者が負担すべき額（証明書、診断書等の文書料及び食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療ではない費用がある場合はこれらの額を除いた額）と 15 万円のいずれか少ない額とする。

2 助成回数は 1 年度につき 1 回とする。

3 補助の対象となる期間は、補助を開始した診療日の属する月から 2 年間とする。

(交付申請)

第 6 条 補助金の交付を申請しようとする者（以下「申請者」という。）は、田原市不育症治療費等助成事業補助金交付申請書（実績報告書）（様式第 1 号。以下「申請書」という。）に次の書類を添え、田原市長（以下「市長」という。）に提出しなければならない。ただし、申請者から田原市不育症治療費等助成事業に関する同意書（様式第 2 号）の提出がある場合で、田原市において確認が可能なときは、第 3 号及び第 5 号の書類の提出を省略することができるものとする。

- (1) 田原市不育症治療費等助成事業受診等証明書（様式第 3 号）
- (2) 戸籍謄本その他夫婦であることを証する書類
- (3) 夫及び妻の住民票の写し

(4) 不育症治療費の支払に係る領収書

(5) 夫及び妻の市税に滞納がない旨を証明する書類

(6) 夫婦のうち事実婚関係にある者にあつては、事実婚関係に関する申立書（様式第4号）

(7) 前各号に掲げる書類のほか、市長が特に必要と認める書類

2 前項の申請は、治療等を実施した日の属する年度内に申請するものとする。

3 前項の規定による期限までに申請等の提出が困難と認められる理由がある場合にあつては、その理由がやんだ後、速やかに提出するものとする。

（交付決定等）

第7条 市長は、前条第1項の規定による申請を受理した場合は、速やかにその内容を審査し、補助金の交付の可否を決定する。

2 市長は、前項の規定により、補助金の交付の決定（以下「交付決定」という。）をしたときは田原市不育症治療費等助成事業補助金交付決定通知書（様式第5号）により、補助金を交付しないことと決定したときは理由を付して田原市不育症治療費等助成事業補助金交付却下通知書（様式第6号）により、申請者に通知するものとする。

（実績報告）

第8条 補助金に係る実績報告は、申請書の提出をもって代えるものとする。

（請求及び交付）

第9条 交付決定を受けた者は、補助金の交付を受けようとするときは、田原市不育症治療費等助成事業補助金請求書（様式第7号）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項に規定する請求書を受けた場合は、その内容を審査し、適当と認めるときは、補助金を交付する。

（台帳の整備）

第10条 市長は、補助金の状況を明確にするため、田原市不育症治療費等助成事業台帳（様式第8号）を作成し、整備するものとする。

（交付決定の取消し及び補助金の返還）

第11条 市長は、次の各号のいずれかに該当する場合は、交付決定の全部

若しくは一部を取り消し、又は交付した補助金の全部若しくは一部を返還させることができる。

(1) この要綱に違反したとき。

(2) 提出書類に虚偽の事項を記載し、又は不正の行為があったとき。

(その他)

第12条 この要綱のほか事業の実施に当たり必要な事項は、別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、令和4年10月1日から施行し、令和4年4月1日以降に開始した補助対象不育症治療等に適用する。

別表（第3条関係）

| 区分 | 項目 | |
|------------------|---|---|
| (A) 一次スクリーニング | 抗リン脂質抗体 | 抗カルジオンピン β_2 グリコプロテインI (CL β_2 GPI) 複合体抗体 |
| | | 抗カルジオリピン (CL) IgG 抗体 |
| | | 抗カルジオリピン (CL) IgM 抗体 |
| | | ループスアンチコアグラント |
| (A) 選択的検査 | 抗リン脂質抗体 | 抗PEIg 抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体) |
| | | 抗PEIgM 抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体) |
| | 血栓性素因スクリーニング (凝固因子検査) | 第XII因子凝固活性 |
| | | プロテインS 活性若しくはプロテインS 抗原 |
| | | プロテインC 活性若しくはプロテインC 抗原 |
| (B) 治療 | 低用量アスピリン療法 | |
| | ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射療法及びヘパリノイド又はダナパロイドナトリウムを使用する治療を含む。) | |

様式第1号（第6条関係）

田原市不育症治療費等助成事業補助金交付申請書（実績報告書）

年 月 日

田原市長 殿

申請者 住所 田原市

氏名

（口座名義人と同一）

電話番号

不育症治療費等助成事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請（実績報告）します。

記

| | | | | |
|--------------------|---|---|---------|--|
| 対象者 | 区分 | 氏名 | 生年月日 | |
| | 夫 | | 年月日生（歳） | |
| | 妻 | | 年月日生（歳） | |
| | 住所（注1） | | | |
| | 住所（注2） | | | |
| | 加入医療保険（夫） | 【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他（ ） 【保険者番号】（ ）【区分】本人・被扶養者 | | |
| | 加入医療保険（妻） | 【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他（ ） 【保険者番号】（ ）【区分】本人・被扶養者 | | |
| 今までの助成状況 | 過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない・ある→過去（ ）回受けた。（ ）年（ ）月頃 助成金を受けた自治体は【田原市・その他（ ）】 | | | |
| 医療機関等の名称 | | | | |
| 不育症治療等に要した額 | | 円 | | |
| 交付申請額 | | 円 | | |
| 交付決定額 | ※ | | 円 | |
| 婚姻関係又は事実婚を証する書類 | ※ | <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 市で確認（婚姻関係のみ） | | |
| 市内に住所を有することを証明する書類 | ※ | <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 市で確認 | | |
| 市税に未納のないことを証明する書類 | ※ | <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 市で確認 | | |
| 受給者番号 | ※ | | | |

（注1）夫婦の住所を記入する。

（注2）単身赴任等で夫と妻が異なる場合に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入する。

※欄は記入しないでください。

◎申請の際に、健康保険証等をお持ちください。

田原市不育症治療費等助成事業に関する同意書

年 月 日

田原市長 殿

対象者

夫 氏 名

妻 氏 名

私たちは、田原市不育症治療費等助成事業補助金に係る下記の事項について同意します。

記

補助金交付の審査のために必要な次の事項を閲覧することに関する説明書

補助金を交付するのに必要な要件を確認するため、次の事項について閲覧します。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

- 1 住民基本台帳（本市内に住所を有することを確認します。）
- 2 市税の納付状況（市税に未納が無いことを確認します。）

以前の受給歴について以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する説明書

県内の他市町村から転入された方は、以前にお住まいの自治体へ、また、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等にあっても、不育症治療等に関する補助金の以前の受給状況を確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取扱いには、十分に注意し、プライバシーは厳守します。

医療機関に対して検査及び治療を確認することに関する説明書

医療機関に対して検査及び治療の内容を紹介することに同意します。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

田原市不育症治療費等助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり不育症検査及び治療（又はその調剤）を実施し、これに係る保険適用外の医療（調剤）費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

（署名又は記名押印）

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

| | | | | |
|-----------------|---|-----------------|---|-----------|
| （ふりがな） 受診者氏名 | 夫 | （ ） | 妻 | （ ） |
| 受診者生年月日 | | 年 月 日（ 歳） | | 年 月 日（ 歳） |
| 今回の治療期間（※1） | | 年 月 日～ 年 月 日 | | |
| 領収金額合計（※2） | | 円（※3の合計と一致すること） | | |

※1：治療期間については、当該年度の4月1日から、当該年度末の3月末までを対象とします。左記期間内の治療期間を記載してください。治療が終了していなくてもかまいません。

※2：領収金額の一致する治療期間内の領収書を別途添付してください。

| 区分 | 項目 | | 実施の有無 | 金額 |
|------------------|---|--|-------|----|
| (A) 一次スクリーニング | 抗リン脂質抗体 | 抗カルジオンピンβ ₂ グリコプロテイン I (CLβ ₂ GPI) 複合体抗体 | | |
| | | 抗カルジオリピン (CL) IgG 抗体 | | |
| | | 抗カルジオリピン (CL) IgM 抗体 | | |
| | | ループスアンチコアグラント | | |
| (A) 選択的検査 | 抗リン脂質抗体 | 抗 PEIgG 抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体) | | |
| | | 抗 PEIgM 抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体) | | |
| | 血栓性素因スクリーニング (凝固因子検査) | 第XII因子活性 | | |
| | | プロテイン S 活性もしくはプロテイン S 抗原 | | |
| (B) 治療 | 低用量アスピリン療法 ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射療法及びヘパリノイド又はダナパロイドナトリウムを使用する治療) | プロテイン C 活性もしくはプロテイン C 抗原 | | |
| | | APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間) | | |
| 合計金額 (※3) | | | | |

注 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。

事実婚関係に関する申立書

年 月 日

田原市長 殿

申請者 住所 田原市

氏名

電話番号

下記二名については、事実婚関係にありますので、不育症治療費等助成事業の申請をいたします。

なお、婚姻関係でないことを公簿で確認することについて同意します。また、不育治療後、子どもを得た場合は、出産後、認知をいたします。

| | | | | |
|-------------|----|---------|------|------------|
| 対象者 | 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日生（ 歳） |
| | 住所 | 電話番号（ ） | | |
| | 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日生（ 歳） |
| | 住所 | 電話番号（ ） | | |
| 別世帯となっている理由 | | | | |

様式第5号（第7条関係）

第 年 月 日 号

様

田原市長

田原市不育症治療費等助成事業補助金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった不育症治療費等の補助について、承認することとし、下記金額を補助することを決定したので通知します。

補助することとした額 金 円

様式第6号（第7条関係）

第 号
年 月 日

様

田原市長

田原市不育症治療費等助成事業補助金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった不育症治療費等助成事業補助金について、以下の理由により不交付決定としたので通知します。

不交付とした理由 _____ のため

様式第7号（第9条関係）

田原市不育症治療費等助成事業補助金請求書

年 月 日

田 原 市 長 殿

請求者

住 所 田原市

氏 名

電話番号

このことについて、下記のとおり請求します。
なお、補助金については指定口座に振り込んでください。

記

| 請 求 金 額 | | 円 |
|-------------|-----------|---|
| 振 込 先 | 金 融 機 関 名 | 銀行 金庫 組合 農協 本店 支店 |
| | 預 金 種 別 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 |
| | 口 座 番 号 | |
| | フリガナ | |
| | 口 座 名 義 人 | |

