

伊勢原市不育症治療費助成金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、少子化対策の充実及び不育症に悩む夫婦の経済的負担の軽減を図るため、医療保険が適用されない不育症治療を行う者に対して、予算の範囲内において伊勢原市不育症治療費助成金（以下「助成金」という。）を交付することについて、伊勢原市補助金等の交付規則（昭和55年伊勢原市規則第19号）に規定するもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 不育症治療 厚生労働省から不育症に係る研究を分担している医師又はその医師が紹介する医療機関が行う不育症の治療（その治療に係る検査を含む）をいう。
- (2) 医療保険各法 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 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）
 - エ 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
 - オ 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
 - カ 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）
- (3) 被保険者等 医療保険各法に規定する被保険者若しくは組合員又は被扶養者をいう。
- (4) 治療期間 不育症治療を開始した日から、出産（流産、死産等を含む。）に伴い、治療が終了するまでの期間をいう。

(助成対象)

第3条 助成金の交付を受けることができる者（以下「交付対象者」という。）は、次に掲げる要件のいずれにも該当する者とする。

- (1) 治療開始の時点で、法律上の婚姻をしていること。
- (2) 助成金の申請の時点で、本市の住民基本台帳に記載されていること。
- (3) 医療機関において不育症と診断され、治療の必要が認められたこと。
- (4) 市税を滞納していないこと。
- (5) 最終治療日の属する年月を基準とし、交付対象者及びその配偶者の前年の所得（1月から5月までの場合にあつては、前々年の所得）の合計額が730万円未満であること。
- (6) 被保険者等又は生活保護法（昭和25年法律第144号）第15条に規定する医療扶助若しくは中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）第14条に規定する医療支援給付の対象外の治療を受けた者であること。

(助成金の対象となる費用)

第4条 助成金の対象となる費用（以下「助成対象費用」という。）は、交付対象者

が医療機関において受けた不育症治療に係る本人負担額とする。ただし、次に掲げる費用は、助成対象費用としない。

- (1) 医療保険各法の規定に基づく保険給付が適用される不育症治療の費用
- (2) 文書料、食事代、個室料等の不育症治療に直接関係しない費用
- (3) 処方箋によらない医薬品等の費用
- (4) 伊勢原市妊婦健康診査実施要綱（平成31年伊勢原市告示第61号）の妊婦健康診査助成制度により助成を受けた健康診査及び検査等に係る費用
- (5) 他の地方公共団体の住民基本台帳に記載されていた期間の不育症治療の費用（助成金の額）

第5条 助成金の額は、前条の規定により算出された助成対象費用に2分の1を乗じて得た額（1,000円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額）とし、1年度につき20万円を限度とする。

（交付申請）

第6条 助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、伊勢原市不育症治療費助成金交付申請書（第1号様式）に次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。ただし、第4号から第6号までの書類については、申請者の同意を得た上で公簿等によりその内容が確認できる場合、当該書類の提出を省略することができる。

- (1) 伊勢原市不育症治療医療機関等証明書（第2号様式）
- (2) 助成対象費用を確認できる領収書の写し
- (3) 被保険者等であることを証明する書類
- (4) 法律上の婚姻関係及び住所の確認できる書類
- (5) 第3条第4号に規定する市税を滞納していないことを証明する書類
- (6) 第3条第5号に規定する所得を証明する書類
- (7) その他市長が必要と認める書類

2 申請者は、治療期間の最終治療日から1年以内に申請しなければならない。ただし、市長が特に必要と認める場合は、この限りではない。

3 治療期間が1年を超える場合は、1年経過するごとに申請しなければならない。

4 助成金の交付申請は、1年度当たり1回を限度とし、申請初年度から5年度に限るものとする。

（決定通知）

第7条 市長は、前条の規定による申請を受理したときは、速やかにその内容を審査した上で助成の可否を決定し、伊勢原市不育症治療費助成金交付決定(却下)通知書（第3号様式）により、申請者に通知するものとする。

（助成金の請求及び支給）

第8条 前条の規定により助成の決定を受けた者は、伊勢原市不育症治療費助成金交付請求書（第4号様式）により、その決定された助成金を請求するものとする。

2 助成金の支給は、前項の請求に基づき、請求者の名義の口座に振り込む方法により行うものとする。

(助成金の返還等)

第9条 市長は、申請者が偽りその他不正な行為により、助成金の交付を受け、又は受けようとしたときは、助成金の交付決定を取り消し、又は交付した助成金の全部若しくは一部を返還させることができる。

(実施上の注意事項)

第10条 職員は、本事業の実施に当たり、申請者のプライバシーに十分配慮し、職務上知り得た個人情報については秘密保持を厳守しなければならない。

(その他)

第11条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は市長が別に定める。

附 則 (平成25年4月19日告示第92号)

(施行期日)

1 この告示は、公表の日から施行し、平成25年4月1日から適用する。

(経過措置)

2 交付の対象者が施行の日前から引き続き不育症治療を行っている場合についての第2条第4号の規定の適用については、同号中「不育症治療を開始した日」とあるのは、「施行の日以後最初に不育症治療を受診した日」とする。

附 則 (平成28年3月17日告示第34号)

この告示は、平成28年4月1日から施行する。

附 則 (令和3年3月8日告示第27号)

(施行期日)

1 この告示は、公表の日から施行する。

(経過措置)

2 この告示による改正前の伊勢原市不育症治療費助成金交付要綱第2号様式は、この告示による改正後の第2号様式にかかわらず、当分の間、なおこれを使用することができる。

附 則 (令和3年7月19日告示第195号)

この告示は、公表の日から施行する。

附 則 (令和7年4月24日告示第118号)

この告示は、公表の日から施行する。

第1号様式（第6条関係）

伊勢原市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

伊勢原市長 殿

申請者 氏 名
住 所 伊勢原市
電話番号

次のとおり、伊勢原市不育症治療費助成金交付要綱第6条の規定により申請します。

申請者名	ふりがな 年 月 日生（ 歳）	
配偶者名	ふりがな 年 月 日生（ 歳）	
居 住 地	（〒 ） 伊勢原市 （ 電話 ）	
加入医療保険 （申請者）	【種別】国民健康保険・組合物保・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 （配偶者）	【種別】国民健康保険・組合物保・健保・共済・その他（ ） 【保険者番号】（ ）【区分】本人・被扶養者	
医療機関名	所 在 地 電話番号（ ）	
助成金申請額	円	（本人負担額の1／2で上限額 が20万円 千円未満切捨て）
申請理由	<input type="checkbox"/> 出産（流産、死産等を含む。）により治療が終了したため <input type="checkbox"/> 治療期間が1年経過したため	
助成金受領の 有無	過去に伊勢原市不育症治療の助成を受けたことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 有の場合：初回申請の時期（ ）	
同 意	この申請に当たり、住民登録、所得額及び納税状況等について、調査することに同意します。 申請者氏名 配偶者氏名	
【重要】	治療期間が1年を超える場合は、治療開始日から1年経過した最終治療日ごとに申請をしてください。 申請は1年度当たり1回とし、申請初年度から5年度に限ります。 申請可能期間は、申請理由の最終治療日から1年以内になります。	

伊勢原市不育症治療医療機関等証明書

伊勢原市長殿

受診者	ふりがな 氏名				
	生年月日	年	月	日	歳
	住所				
①不育症診断及び治療実施医療機関（※1）					
次のとおり、不育症の診断後、その治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。 <div>年 月 日</div> 医療機関の名称及び所在地 医師名 <div>[署名してください]</div>					
診断名					
貴医療機関での治療開始日					
申請証明理由		<input type="checkbox"/> 出産（流産、死産等を含む） <input type="checkbox"/> 治療期間が1年経過したため			
証明治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日			
当該患者について、該当するものにチェックをし、治療内容を（ ）内に記入してください。 <input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 子宮異常 <input type="checkbox"/> その他 [
保険外診療自己負担総額		証明治療期間中の保険適応外診療自己負担額を記入してください。 <div>円</div> *医療保険各法の規定に基づく保険給付が適応される不育症治療の費用、文書料、食事代、個室料等の不育症治療に直接関係しない費用、伊勢原市妊婦健康診査助成対象費用、他の地方公共団体の住民基本台帳に記載されていた期間の不育症治療費用は除く			

①から紹介された医療機関で治療を実施した場合は、その医療機関で次の証明を受けてください。

②不育症治療実施医療機関（※2）					
次のとおり、不育症の診断後、その治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。 <div>年 月 日</div> 医療機関の名称及び所在地 医師名 <div>[署名してください]</div>					
診断名					
貴医療機関での治療開始日					
申請証明理由		<input type="checkbox"/> 出産（流産、死産等を含む） <input type="checkbox"/> 治療期間が1年経過したため			
証明治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日			
当該患者について、該当するものにチェックをし、治療内容を（ ）内に記入してください。 <input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 子宮異常 <input type="checkbox"/> その他 [
保険外診療自己負担総額		証明治療期間中の保険適応外診療自己負担額を記入してください。 <div>円</div> *医療保険各法の規定に基づく保険給付が適応される不育症治療の費用、文書料、食事代、個室料等の不育症治療に直接関係しない費用、伊勢原市妊婦健康診査助成対象費用、他の地方公共団体の住民基本台帳に記載されていた期間の不育症治療費用は除く			

※1 ①の診断に係る証明は厚生労働省から不育症に係る研究を分担している医師
※2 ①の医師が紹介する医療機関が行う不育症の治療をした医師 ②治療実施医療機関のみの証明は、証明書として認められません。
※ 証明内容について、交付申請担当職員が問い合わせをする場合があります。

第3号様式 (第7条関係)

伊勢原市指令（ ）第 号
年 月 日

様

伊勢原市長

伊勢原市不育症治療費助成金交付決定（却下）通知書

年 月 日付けで申請のありました不育症治療費助成金について、次のとおり決定（却下）しましたので通知します。

助成金額	円
却下理由（却下の場合）	

(却下の場合)

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して、3か月以内に市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)、提起することができます(なお、処分を知った日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

(事務担当は)

第 4 号様式（第 8 条関係）

伊勢原市不育症治療費助成金交付請求書

年 月 日

伊勢原市長 殿

次のとおり、伊勢原市不育症治療費助成金交付要綱第 8 条の規定により請求します。

請求者 住所
氏名 ⑩
電話番号

請 求 額		円			
振 込 先	金融機関名	銀行・信用組合	金融機関番号		
		農協・信用金庫			
	支 店 名	本店・支店・支所・営業所	店 番 号		
	口座番号		種 別		
普通・当座					
名 義 人	(カタカナ)				