

伊勢原市不妊治療費（先進医療分）助成事業実施要綱

（趣旨）

第1条 この要綱は、医療保険適用の体外受精又は顕微授精（以下「体外受精等」という。）と併用して実施された保険適用外となる治療及び技術を受ける者に対し、予算の範囲内で助成金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ものとする。

- (1) 保険医療機関 先進医療を実施している医療機関として厚生労働省へ届け出ている又は厚生労働省から承認を受けている保険医療機関をいう。
- (2) 先進医療 前号で規定する保険医療機関で実施される医療保険適用の体外受精等と併用して実施される、厚生労働省が先進医療として告示した治療及び技術をいう。
- (3) 1回の治療 医師が判断した採卵準備のための投薬開始等の治療計画書を作成した日等から妊娠の確認等（医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中止した場合を含む。）に至るまでの体外受精等の実施の一連の過程をいう。

（助成の対象者）

第3条 助成の対象者（以下「助成対象者」という。）は、次に掲げる要件を満たす者とする。

- (1) 医療保険適用の体外受精等と併用して実施された先進医療を保険医療機関で受けた者
- (2) 1回の治療の初日から申請日までの間、法律上の婚姻をしている者又は事実婚をしている者
- (3) 申請日において婚姻をしている者又は事実婚をしている者の両方又は一方が本市に居住し、かつ、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）により本市の住民基本台帳に記載されていること。ただし、市長が認めた場合はその限りでない。
- (4) 次に掲げる法律に規定する被保険者若しくは組合員又はその被扶養者（以下「被保険者等」という。）であること。
 - 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）
- (5) 市税等を滞納していないこと。
- (6) 体外受精等治療及び先進医療に要した費用について、他の自治体から助成制度

の適用を受けていないこと。

(助成の対象とする費用)

第4条 助成の対象となる費用は、医療保険適用の体外受精等と併用して実施された先進医療に係る費用で、保険医療機関で実施されたものとする。

(助成金の額)

第5条 助成金の額は、1回の治療につき、助成対象者が保険医療機関に支払った額に10分の7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、50,000円を限度とする。

(助成の回数)

第6条 助成の回数は、体外受精等を医療保険で治療できる要件と同様とする。

(交付の申請)

第7条 助成金の交付を受けようとする者は（以下「申請者」という。）は、1回の治療が終了した日（医師の判断に基づき治療を中断した場合は、中断した日）の属する月の翌月から起算して6か月以内に伊勢原市不妊治療費（先進医療分）助成事業申請書（第1号様式）に次に掲げる書類を添えて、市長に申請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本市において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) 伊勢原市不妊治療費（先進医療分）助成事業受診等証明書（第2号様式）
- (2) 保険医療機関の発行する領収書及び診療報酬明細書の原本
- (3) 申請者及び配偶者（事実婚をしている者を含む。以下「配偶者等」という。）が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を確認できる書類
- (5) 事実婚関係に関する申立書（第3号様式）又は本市のパートナーシップ宣誓書受領証等（事実婚をしている者に限る。）
- (6) 市税を滞納していないことを証明する書類
- (7) その他市長が必要と認める書類

(交付の決定)

第8条 市長は、前条の規定による申請書の提出があったときは、速やかにその内容を審査した上で交付の可否を決定し、伊勢原市不妊治療費（先進医療分）助成交付決定（却下）通知書（第4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)

第9条 前条の規定により助成の決定を受けた申請者は、伊勢原市不妊治療費（先進医療分）助成金請求書（第5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。

(助成金の返還)

第10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。

(委任)

第11条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則（令和6年3月27日告示第47号）

この告示は、令和6年4月1日から施行し、令和6年4月1日以降に終了した治療について適用する。

附 則（令和7年6月2日告示第140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 この告示の施行の際、この告示による改正前の伊勢原市不妊治療費（先進医療分）助成事業実施要綱第7条の規定に基づく第1号様式による助成事業申請書は、当分の間、必要な修正をした上で使用することができる。

第1号様式（第7条関係）

伊勢原市不妊治療費（先進医療分）助成事業申請書

年 月 日

伊勢原市長 殿

次のとおり、伊勢原市不妊治療費（先進医療分）助成事業実施要綱第7条の規定により関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請者	氏名	ふりがな	生年月日 年 月 日生（ 歳）
	住所	郵便番号（ ） 電話	
配偶者等	氏名	ふりがな	生年月日 年 月 日生（ 歳）
	住所	郵便番号（ ） 電話	
事実婚の方は、チェックをお願いします。 <input type="checkbox"/>			
先進医療に要した費用	金	円	受診等証明書（第2号様式）に記載の先進医療費用の合計
助成金申請額	金	円	上段「先進医療に要した費用」に10分の7を乗じた金額。上限50,000円（1,000円未満切捨て）
医療機関	【名称】 【住所】 【電話番号】		
<input type="checkbox"/> 今回申請する先進医療に係る費用について、他の自治体等による助成金等の交付を受けていません。			
同意	<input type="checkbox"/> この申請に当たり、夫婦の婚姻関係、住所及び納税状況等について、市が調査することに同意します。 <input type="checkbox"/> 当該申請の特定不妊治療（先進医療分）について、他の自治体から助成制度の適用を受けていません。 <input type="checkbox"/> 申請に虚偽、その他不正な行為等があった場合は、助成金の返還に同意します。 申請者氏名 配偶者等氏名		
職員記入	【添付書類】 <input type="checkbox"/> 受診等証明書（第2号様式） <input type="checkbox"/> 領収書及び診療報酬明細書 <input type="checkbox"/> 住民票（一方が他市の場合） <input type="checkbox"/> 申請者及び配偶者等が被保険者等であることを証明する書類 <input type="checkbox"/> 事実婚に関する申立書 <input type="checkbox"/> パートナーシップ宣誓書受領証		
	【確認】 <input type="checkbox"/> 申請は、1回の治療が終了した日（医師の判断に基づき治療を中断した場合は、中断した日）の属する月の翌月から起算して6月以内。 <input type="checkbox"/> 納税確認（滞納 無・有） <input type="checkbox"/> 住民日（申請者： 配偶者等： ） <input type="checkbox"/> 申請回数（ 回目） <input type="checkbox"/> 受付者（ ）		

伊勢原市不妊治療費（先進医療分）助成事業受診等証明書

年 月 日

伊勢原市長 殿

先進医療について、医療保険適用の体外受精等と併用して実施し、これにかかる医療費を徴収したことを以下のとおり証明します。

また、当医療機関は、実施した先進医療の実施医療機関として厚生労働省へ届出を行っている又は承認されている医療機関です。

医療機関名称

所在地

医師名

[自署してください]

受診者		(治療開始時点の年齢)	
氏名		生年月日	年 月 日 歳
氏名		生年月日	年 月 日 歳
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
今回の治療方法 ※1	A B C D E F	A 又は B の場合 1 体外受精 2 顕微授精	
医療保険治療の 回数 ※2	今回 回目 (うち胚移植 回目)	初回治療開始日の女性の年齢 歳	
先進医療実施日	実施した先進医療技術名	金額	
年 月 日		円	
年 月 日		円	
年 月 日		円	
年 月 日		円	
年 月 日		円	
年 月 日		円	
年 月 日		円	
年 月 日		円	
合計①		円	
治療費 (領収金額)	今回の特定不妊治療にかかった 費用 (医療保険及び先進医療の 費用の合計額)	円	
	先進医療にかかった費用 (①と一致すること)	円	

(裏面も必ずご確認ください)

【記入上の注意】

- ① 本証明は、治療期間ごとに1枚作成してください。
- ② 治療期間は、医師が判断した採卵準備の薬品投与開始等から妊娠を確認した日又は医師の判断に基づきやむを得ず治療を中止した日までとします。
- ③ 証明内容について、本人同意のもと伊勢原市職員が問い合わせをする場合があります。

※1 治療方法

助成対象となる治療は次のA～Fいずれかに該当するものです。

表面の治療方法欄のA～Fに○をつけてください。

- 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・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3週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終了
- E 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止
- F 採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

治療方法がA又はBの場合は、表面の「1 体外受精」又は「2 顕微授精」の該当する番号に○をつけてください。

※2 医療保険治療の回数

医療保険で治療した回数を胚移植の有無に関わらず記入してください。

カッコ内は、胚移植した回数を記入してください。今回の治療で胚移植しなかった場合は、「一」を記入してください。

第 3 号様式（第 7 条関係）

年 月 日

伊勢原市長 殿

事実婚関係に関する申立書

私たちは、事実婚関係にあります。

氏名	住所

（別居になっている理由）

第4号様式 (第8条関係)

伊勢原市指令 () 第 号
年 月 日

様

伊勢原市長

伊勢原市不妊治療費（先進医療分）助成交付決定（却下）通知書

年 月 日付けで申請のありました不妊治療費（先進医療分）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 5 号様式（第 9 条関係）

伊勢原市不妊治療費（先進医療分）助成金請求書

年 月 日

伊勢原市長 殿

次のとおり、伊勢原市不妊治療費（先進医療分）助成事業実施要綱第 9 条の規定により請求します。

請求者 住所
氏名
電話番号

請 求 額		円				
振 込 先	金融機関名	銀行・信用組合 農協・信用金庫	金融機関番号			
	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)						