

登別市特定不妊治療費助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、不妊に悩む夫婦に対し体外受精及び顕微授精（以下「特定不妊治療」という。）に要する費用の一部について登別市特定不妊治療費助成金（以下「助成金」という。）を予算の範囲内において交付することにより、経済的負担の軽減を図り、もって特定不妊治療を受ける機会を確保することを目的とする。

(助成対象経費)

第2条 助成金の交付の対象となる経費（以下「助成対象経費」という。）は、特定不妊治療（男性不妊治療（特定不妊治療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手術をいう。以下同じ。）を含み、医師の判断に基づきやむを得ず治療を中断した場合において、卵胞が発育しない等の理由により卵子の採取の以前に中止した場合を除く。以下同じ。）に要した費用とする。ただし、特定不妊治療のうち、次の各号のいずれかに該当する特定不妊治療に要する経費を除く。

- (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 妻が卵巣と子宮を摘出したことなどにより、妻の卵子が使用できず、かつ、妻が妊娠できない場合に、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・出産するものをいう。
- (3) 借り腹 夫婦の精子と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・出産するものをいう。

(助成金の交付対象者)

第3条 助成の対象となる者（以下「助成対象者」という。）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医師に診断され、かつ、特定不妊治療を受けた治療期間の初日における妻の年齢が満年齢43歳未満である夫婦のうち次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 北海道特定不妊治療費助成事業実施要綱（平成16年9月7日付け子ども第1197号。以下「道実施要綱」という。）による助成金（以下「道助成金」という。）の交付の決定を受けた者であること。
- (2) 夫婦のいずれかが、特定不妊治療の終了の日から第6条の規定による申請の日（以下「申請日」という。）までの間において登別市に住民登録を有する者であること。

(3) 申請日において、夫婦のいずれも登別市の市税の滞納がないこと。

(4) 第6条の規定による申請の対象となる特定不妊治療について、他の市区町村の助成を受けない者又は受ける見込みのない者であること。

(助成金の額)

第4条 特定不妊治療（男性不妊治療を除く。この項において同じ。）に係る助成金の額は、助成対象経費から道助成金の交付額を控除した額とし、1回の特定不妊治療につき10万円を上限とする

2 男性不妊治療に係る助成金の額は、助成対象経費から道助成金を控除した額とし、1回の男性不妊治療につき10万円を上限とする。

(助成の回数)

第5条 同一の助成対象者について助成金の交付を受けることができる回数は、子どもごとに特定不妊治療の期間の初日における妻の年齢が満年齢40歳未満であるときは6回とし、満年齢40歳以上であるときは3回とする。

(助成金の交付申請)

第6条 助成金の交付を受けようとする助成対象者（以下「申請者」という。）は、1回の特定不妊治療が終了するごとに道助成金の助成の決定の指令を受けた日の翌日から起算して60日以内に、登別市特定不妊治療費助成事業申請書（別記様式第1号）に次に掲げる書類を添えて、市長に申請するものとする。

(1) 道助成金に係る交付決定についての写し

(2) 道助成金の助成の決定の指令文の写し

(3) 道実施要綱第6第1項第1号に定める特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し

(4) その他市長が必要と認めた書類

(助成金の交付決定)

第7条 市長は、前条の規定により助成金の交付の申請があったときは、速やかにその内容を審査し、交付することが適当であると認めたときは、登別市特定不妊治療費助成金交付決定通知書（別記様式第2号）により、交付することが不適當であると認めたときは、登別市特定不妊治療費助成金不交付決定通知書（別記様式第3号）により申請者に通知するものとする。

(助成金の請求)

第8条 前条の規定により助成金の交付の決定を受けた者は、登別市特定不妊治療費助成金請求書（別記様式第4号）により市長に助成金の交付を請求するものとする。

(助成金の返還)

第9条 市長は、申請者が虚偽の申請その他不正な行為により助成金を受給した場合には、既に支給された助成金の全部又は一部の返還を命じることができる。

(その他)

第10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29年告示第47号)

この告示は、平成29年4月1日から施行する。

登別市特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

登別市長 様

住所
申請者
氏名 ㊟

登別市特定不妊治療費助成事業について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

	夫	妻
(フリガナ)		
氏名		
生年月日	年 月 日生 (歳)	年 月 日生 (歳)
住所	〒 電話番号	※夫と同じ場合は省略できます。 〒 電話番号

過去に登別市又は他の市区町村で特定不妊治療費に対する助成金を受けたことがありますか。
 ない ある ⇒ 過去 (回) 受けたことがある
 助成を受けた市区町村名 ()

申請額	※「申請額」欄の(A)及び(B)には、北海道特定不妊治療費助成事業の決定指令文に記載されている「助成対象経費」及び「助成金の額」をそれぞれ記入してください。					
	助成対象経費 (A)	妻のみ	円	北海道特定不妊治療費助成額 (B)	妻のみ	円
		夫のみ	円		夫のみ	円
	(A) - (B)	妻のみ	円	妻の助成額 (上限10万円)	妻のみ	円
		夫のみ	円	夫の助成額 (上限10万円)	夫のみ	円

私たちは、登別市特定不妊治療費助成事業の申請にあたり、登別市が助成金の交付を決定するために、住民基本台帳、市税の納付状況、その他決定に必要な各種資料についての確認を行うことに同意します。

また、必要に応じて、北海道並びに他の市区町村に対し、この申請に関する情報の照会、又は提供を行うことに同意します。

(夫) 氏名 _____ ㊟ (妻) 氏名 _____ ㊟

※ご夫婦両方の記名押印が必要です。各々の印鑑を使用してください。

- ※添付書類 ① 北海道特定不妊治療費助成事業の助成金の交付決定についての写し
 ② 北海道特定不妊治療費助成事業の決定指令文の写し
 ③ 北海道特定不妊治療費助成事業の受診等証明書の写し

登別市特定不妊治療費助成金不交付決定通知書

年 月 日

様

登別市長

印

年 月 日付けで申請のありました登別市特定不妊治療費助成金については、登別市特定不妊治療費助成事業実施要綱第7条の規定に基づき、下記の理由により交付しないことを決定しましたので、通知します。

記

交付しないことを決定した理由

登別市特定不妊治療費助成金交付請求書

年 月 日

登別市長 様

住所
請求者
氏名

印

年 月 日に交付の決定の通知を受けた助成金について、登別市特定不妊治療費助成事業実施要綱第8条の規定に基づき次のとおり請求します。

請求額 _____ 円

振込先金融機関	銀行・信用金庫 労働金庫・組合		本店 支店 出張所
	預金種目	普通・当座	口座番号
	ふりがな		
	口座名義人		

※請求者と口座名義人は同一としてください。