

登別市不育症治療費助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、不育症検査及び治療を行う市民に対し、当該検査及び治療に要する費用の一部を登別市不育症治療費助成金（以下「助成金」という。）により交付することで、当該市民の経済的負担の軽減を図り、もって不育症の検査及び治療を受ける機会を確保することを目的とする。

(助成金の交付対象者)

第2条 助成の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、2回以上の流産、死産（抗リン脂質抗体症候群の臨床所見を満たす者については1回以上の流産、死産）又は早期新生児死亡の既往がある者のうち、次の各号に掲げる要件すべてに該当するものとする。ただし、次条第1号に規定する不育症の因子を特定するための検査のうち、先進医療の実施機関として承認されている保険医療機関で実施された流産胎児の絨毛染色体検査については、第2号の規定を適用しない。

- (1) 夫婦のいずれかが、不育症の検査及び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。
- (2) 法律上の婚姻をしていること。
- (3) 申請日において、夫婦のいずれも登別市の市税（市民税・軽自動車税・固定資産税・都市計画税・国民健康保険税）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不育症の検査及び治療について、他の市区町村の助成を受けていない者又は受ける見込みのない者であること。
- (5) 産科又は婦人科を標榜する日本国内の医療機関（複数の診療科をもつ総合病院等においては、院内の産科又は婦人科）において検査又は治療を受けた者であること。

(対象となる検査・治療及び期間)

第3条 対象となる検査・治療及び期間は次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 対象となる検査・治療は、不育症の因子を特定するための検査（子宮形態検査、染色体検査、内分泌検査、抗リン脂質抗体検査及び凝固因子検査。以下「スクリーニング等」という。）及びスクリーニング等の結果に基づく治療（手術療法、着床前診断、抗甲状腺薬、甲状腺ホルモン剤、インスリン、低用量アスピリン療法、ヘパリン療法及びカウンセリング）とする（以下「検査・治療」という。）。
- (2) 検査・治療の対象となる期間は、令和3年4月1日以降に実施したものとする。

ただし、過去に1度もスクリーニング等を受けていない場合は対象としない。

(助成対象経費)

第4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、検査・治療に要した費用とする。

- (1) 「1回の検査・治療」は、原則、スクリーニング等と妊娠を経て出産(流産及び死産を含む。以下「出産等」という。)に至るまでに実施した治療とする。
- (2) 医師の判断により治療を終了した場合については、スクリーニング等と終了までに要した治療費を助成する。
- (3) スクリーニング等の結果、医師の判断により治療を実施しなかった場合や、他の診療科(産科及び婦人科以外)での治療とした場合は、スクリーニング等に要した費用のみ助成する。

(助成金の額)

第5条 不育症の検査・治療に係る助成金の額は、助成対象経費から北海道不育症治療費助成事業実施要綱(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。)を控除した額とし、1回の検査・治療につき5万円を上限とする。

(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回の検査・治療が終了するごとに、道助成金を受けた場合は、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、夫及び妻の前年の所得(1月から5月までの間に申請があった場合については、前々年の所得)の合計額が730万円以上で道助成金の対象外となる場合は、1回の検査・治療が終了した日の翌日から起算して60日以内に、登別市不育症治療費助成事業申請書(別記様式第1号)に次の各号に掲げる場合に応じて、当該各号に定める書類を添えて、市長に申請するものとする。

- (1) 道助成金を受けた場合 道助成金に係る交付決定についての写し、道助成金の助成の決定の指令文の写し、道実施要綱第6第1項第1号に定める不育症治療費助成事業受診等証明書の写し及びその他市長が必要と認めた書類
- (2) 夫及び妻の前年の所得の合計額が730万円以上で道助成金の対象外となる場合 不育症治療費助成事業受診等証明書(別記様式第2号)、検査・治療に係る領収書及び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、登別市不育症治療費

助成金交付決定通知書（別記様式第3号）により、交付することが不適當であると認めるときは、登別市不育症治療費助成金不交付決定通知書（別記様式第4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、登別市不育症治療費助成金請求書（別記様式第5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（令和3年告示第60号）

この告示は、令和3年4月1日から施行する。

附 則（令和4年告示第61号）

（施行期日等）

1 この告示は、公布の日から施行し、この告示による改正後の登別市不育症治療費助成事業実施要綱（以下「新告示」という。）の規定は、令和3年4月1日から適用する。

（申請期限の特例）

2 新告示第2条ただし書の規定の適用を受ける申請者に対する第6条の規定の適用については、同条中「1回の検査・治療が終了した日の翌日から起算して60日以内」とあるのは「1回の検査・治療が終了した日の翌日から令和4年3月31日までの間に」に読み替えるものとする。

登別市不育症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

登別市不育症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
(ふりがな)		
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不育症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」欄の(A)及び(B)には、北海道不育症治療費助成事業による助成金を受けた場合には、北海道不育症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、所得要件により北海道不育症治療費助成事業の対象外となる場合には、「助成対象経費」のみを記入してください。

申請額	助成対象経費 (A)	検査	円	北海道不育症治療費助成額 (B)	検査	円
		治療	円		治療	円
		合計	円		合計	円
	(A) - (B)	検査	円	助成額 (上限5万円)	合計	円
		治療	円			
		合計	円			

私たちは、登別市不育症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、この申請に関係する情報の照会、又は提供を行うことに同意します。

(夫) 氏名 _____

(妻) 氏名 _____

※ご夫婦両方の記名が必要です。

(裏面)

※添付書類

(1) 北海道不育症治療費助成事業による助成金を受けた場合

- ① 北海道不育症治療費助成事業の助成金の交付決定についての写し
- ② 北海道不育症治療費助成事業の決定指令文の写し
- ③ 北海道不育症治療費助成事業の受診等証明書の写し

(2) 所得要件により北海道不育症治療費助成事業の対象外となる場合

- ① 不育症治療費助成事業受診等証明書 (別記様式第2号)
- ② 検査・治療に係る領収書

<申請金額内訳>

	受診年月日	検査・治療 の別 (どちらかに○)	保険診療分 A	保険外診療分 B	高額療養費 (付加給付含む) C	計 A+B-C
1	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
2	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
3	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
4	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
5	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
6	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
7	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
8	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
9	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
10	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
11	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
12	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
13	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
14	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
15	年 月 日	検査・治療	円	円	円	円
計			円	円	円	円

別記様式第2号（第6条関係）

不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の者について、不育症に係る検査及び治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

主治医氏名

以下は医療機関の主治医が記入して下さい。

受診者 氏名 生年月日	夫	() 年 月 日生 (歳)	妻	() 年 月 日生 (歳)
	既往歴 今回の検査及び治療以前の流産・死産・早期新生児死亡の既往歴について記入してください。			
今回の検査 又は 治療内容 (該当する記号 に✓を付けて ください)	検査		治療	
	<input type="checkbox"/> 子宮形態検査	<input type="checkbox"/> 経膈超音波 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> 子宮鏡 <input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> A 手術療法	
	<input type="checkbox"/> 染色体検査	<input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 流産胎児の絨毛染色体検査	<input type="checkbox"/> B 着床前診断	
	<input type="checkbox"/> 内分泌検査	<input type="checkbox"/> 甲状腺機能 <input type="checkbox"/> 糖尿病検査	<input type="checkbox"/> C 抗甲状腺薬 甲状腺ホルモン剤	
	<input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体 検査	<input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンβ2グロブリンI 複合体抗体 <input type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンIgG 抗体 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンIgM 抗体 <input type="checkbox"/> 抗PEIgG 抗体 <input type="checkbox"/> 抗PEIgM 抗体	<input type="checkbox"/> D インスリン <input type="checkbox"/> E 低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> F ヘパリン療法 <input type="checkbox"/> G カウンセリング	
	<input type="checkbox"/> 凝固因子検査	<input type="checkbox"/> 第XII因子活性 <input type="checkbox"/> プロテインS活性もしくは抗原 <input type="checkbox"/> プロテインC活性もしくは抗原 <input type="checkbox"/> APTT		
<input type="checkbox"/> その他	【内容】			
今回の検査 ・治療期間	※治療を実施していない場合は記入不要です。 年 月 日 ~ 年 月 日			
治療結果 (該当する記号 に✓を付けて ください)	<input type="checkbox"/> 医師の判断により治療せず 【医師が判断した日： 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 他の診療科（産科・婦人科以外）において治療を実施（予定）【医師が判断した日： 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 医師の判断により治療を終了 <input type="checkbox"/> 出産等（又は治療A、Bの終了） 【出産等した日： 年 月 日】			

当該検査・治療に係る本人負担金額（領収金額のうち上記不育症の検査・治療に係る医療費分のみ記入して下さい）

受診年月日	保険診療分本人負担額 A	保険外診療分本人負担額 B	計 C = A+B
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円
年 月 日	円	円	円

※こちらの欄に書ききれない場合は、裏面もご使用下さい。

登別市不育症治療費助成金不交付決定通知書

年 月 日

様

登別市長

年 月 日付けで申請のありました登別市登別市不育症治療費助成金については、登別市不育症治療費助成事業実施要綱第7条の規定に基づき、次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

登別市不育症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

年 月 日に交付の決定の通知を受けた助成金について、登別市不育症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。