

泉佐野市不妊治療支援事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、不妊症及び不育症により、子どもに恵まれない夫婦が受けるこれらの治療に要する費用の一部を助成することで、当該夫婦の経済的負担を軽減し、子どもを産みやすい環境の確保を目的とする。

(助成対象者)

第2条 助成の対象となる者（以下、「対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する夫婦とする。

(1) 夫婦の双方又は一方が、第3条に規定する助成の対象治療（以下、「対象治療」という。）の開始日から助成金の交付申請を行なった日（以下、「申請日」という。）において、泉佐野市に住所を有すること。ただし、対象治療の開始日に、泉佐野市に住所を有しない場合であっても、当該治療の期間内に泉佐野市に住所設定したときは対象とする。また、申請日以降においても1年以上継続して住所を有する見込があること。

なお、本号及び第2号、第3号、第5号における対象治療の開始日は、申請日の属する年度の前年度以前にある場合、申請日の属する年度の4月1日を治療の開始日として取り扱うものとする。

(2) 対象治療の開始日から申請日において、法律上の婚姻をしている夫婦または事実婚の夫婦であること。

(3) 対象治療の開始日から申請日において、医療保険各法の被保険者又は被扶養者であること。

(4) 申請日において、市税の滞納がないこと。

(5) 対象治療の開始日において、妻の年齢が43歳未満であること。

(助成の対象治療)

第3条 対象治療は、治療を受けた医療機関において、医師が必要であると認めた、夫婦の双方又は一方に対し実施される不妊症及び不育症の検査及び治療とする。ただし、各都道府県又は市町村が実施する不妊及び不育治療に対する助成支援事業等により助成の対象となる検査及び治療は除く。

2 対象者が、前条第1号ただし書きに規定する場合にあっては、泉佐野市に住所設定した日以降の治療について対象治療とする。

3 第1項ただし書きに規定する助成の対象となる検査及び治療とは、その治療方法を指し、対象者が、単に、各都道府県等に申請しなかった、あるいは、できなかったものを指すわけではない。

(助成対象期間)

第4条 助成の対象となる治療の期間（以下、「対象期間」という。）は、毎年4月1日から翌年3月31日までとする。

(助成金額)

第5条 助成金の額は、前条に規定する期間における夫婦の対象治療に係る自己負担金合算額の2分の1とし、その上限を5万円とする。ただし、各種文書取得に係る費用、入院治療に係る食事療養費や室料差額等、治療行為に相当しない費用については助成の対象から除くものとする。

2 前項の規定により算定した助成金の額に1円未満の端数が生じた場合は、その端数は切捨てとする。

(助成の回数)

第6条 同一の対象者に対する助成の回数は、通算6年度を限度とする。なお、泉佐野市不妊治療支援事業の助成を受けた後、出産した場合は、これまで受けた助成回数をリセットすることができる。また、妊娠12週目以降に死産に至った場合にも助成回数をリセットすることができる。

(助成の申請及び請求)

第7条 助成を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、泉佐野市不妊・不育治療費助成金申請書兼請求書(様式第1号)(以下、「申請書」という。)に、不妊・不育治療医療機関受診等証明書(様式第2号)及び次に掲げる書面を添付し、市長に提出しなければならない。受診医療機関を変更したときも同様とする。また、薬剤購入費を対象とする場合は、調剤薬局による不妊・不育治療医療機関受診等証明書(様式第2号)を必要とする。この場合、医療機関による同受診等証明書と併せて提出しなければならない。

- (1) 受診医療機関等が発行する不妊及び不育治療の費用に係る領収書の原本。
- (2) 婚姻種別により必要な書面は、次に掲げるとおりとする。ただし、本市の住民登録上において、確認できる場合は省略できるものとする。

ア 法律上の婚姻をしている夫婦である場合

戸籍謄本等法律上の婚姻をしている夫婦であることを確認できる書面

イ 事実婚の夫婦である場合

(ア) 両人の戸籍謄本等重婚でないことを確認できる書面

(イ) 両人の住民票(世帯全員)等世帯の状況が確認できる書面。ただし、別世帯である場合は、事実婚関係に関する申立書(様式第1号の1)にその理由を記載しなければならない。

(ウ) 出生した子について「認知」を行う意向があることの確認ができる事実婚関係に関する申立書(様式第1号の1)

- (3) 振込指定先を確認することができる書面等。なお、振込指定先は、原則、申請者若しくはその配偶者名義のものとする。
- (4) 第6条の規定により助成回数のリセットを希望する場合に必要な書面は、次に掲げるとおりとする。ただし、本市の住民登録上において、確認できる場合は省略できるものとする。

ア 出生の場合

戸籍謄本等出生児の生年月日等が確認できる書面

イ 死産の場合

死産届の写し等死産児の死産の事実が確認できる書面

- 2 当該手続きは、対象期間内の対象治療についてまとめて行うものとする。
- 3 当該手続きは、原則、対象期間内に行うものとする。ただし、やむを得ない事由により困難な場合は、対象期間満了後14日以内に行わなければならないものとする。

(助成の決定)

第8条 市長は、申請書を受理したときは、速やかに助成の要件等について審査し、助成金の支給について決定を行い、その結果を申請者に対し14日以内に泉佐野市不妊・不育治療費助成金支給(不支給)決定通知書(様式第3号)により通知しなければならない。ただし、市長が、要件等の審査並びに助成金額の決定に関して、他の関係機関等に照会を要すると認めたものについては、この限りではない。

(助成金の支給)

第9条 市長は、助成金の支給を決定したときは、当該決定より30日以内に、助成の決定を受けた者が指定する金融機関へ振り込む方法により助成金を支給する。

(助成金の返還)

第10条 市長は、助成金の交付を受けた者が、次の各号のいずれかに該当するときは、当該

助成金の一部若しくは全額を返還させることができる。

(1)虚偽の申請その他不正な手段により助成金を受けたことが判明したとき

(2)その他市長が不適当であると認めたとき

(補則)

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

この要綱は、平成 27 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成 28 年 4 月 1 日より施行する。

(経過措置)

この要綱の施行日前に受けた検査及び治療に対しての助成金については、なお従前の例による。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和 3 年 4 月 1 日より施行する。

(経過措置)

この要綱の施行日前に受けた検査及び治療に対しての助成金については、なお従前の例による。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和 4 年 4 月 1 日より施行する。

(経過措置)

この要綱の施行日前に受けた検査及び治療に対しての助成金については、なお従前の例による。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和 6 年 4 月 1 日より施行する。

(経過措置)

この要綱の施行日前に受けた検査及び治療に対しての助成金については、なお従前の例による。

様式第 1 号（第 7 条関係）

泉佐野市不妊・不育治療費助成金申請書兼請求書

泉佐野市長 様

申請日 年 月 日

私は、泉佐野市不妊・不育治療費助成金を受けたいので、次のとおり、泉佐野市不妊治療支援事業実施要綱第 7 条の規定に基づき、関係書類を添えて申請及び請求します。

なお、審査に際し、私及び私の配偶者の住民登録及び戸籍に関する事項、税務に関する事項、検査及び治療に関する事項・健康保険の給付に関する事項についての情報提供を受けることを助成の要件とし、申請日以降 1 年以上継続して住民登録することを誓約します。

(太枠内を記入してください。)

申請及び請求者氏名欄兼同意・誓約署名欄	㊞			生年月日	昭・平 年 月 日 (満 歳)	住民コード※
配偶者氏名欄兼同意・誓約署名欄	㊞	続柄	夫・妻	生年月日	昭・平 年 月 日 (満 歳)	住民コード※
申請者住所	郵便番号 ー			連絡先	自宅 携帯電話	
配偶者住所	郵便番号 ー			連絡先	自宅 携帯電話	
加入医療保険（申請者）		【種別】 国保 ・ 健保 ・ 船員 ・ 共済 ・ その他（ ）				
加入医療保険（配偶者）		【種別】 国保 ・ 健保 ・ 船員 ・ 共済 ・ その他（ ）				
助成申請額	不妊治療に要した費用（夫婦合算額）			請求額（治療に要した費用×1/2 上限 50,000 円）		
	円			円		
泉佐野市での不妊・不育治療費助成回数 （ ） 回						
泉佐野市での助成回数のリセットを希望する場合						
出生による リセット	泉佐野市で助成を受けた後に 出生した児の生年月日 年 月 日			泉佐野市で助成を受けた後の 死産によるリセット		死産届の写し等死産児の死産の 事実が確認できる書面
振込指定口座	金融機関名			支店名		
	預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他		口座番号		
	口座名義	(カタカナで記入してください。)				

※市処理欄（受付番号 ）

住民登録の有無※	申請者 有 ・ 無 / 配偶者 有 ・ 無	法律上の婚姻関係の有無※	有 ・ 無
妻の年齢要件※	該当 ・ 非該当	市税の納税状況※	申請者 完納 ・ 未納 / 配偶者 完納 ・ 未納
助成対象治療費※	円	助成金額※	円

事実婚関係に関する申立書

____年____月____日

下記二名については、事実婚関係にあります。

- ① 不妊に悩む方への泉佐野市不妊治療支援事業申請者（夫）の住所、氏名

住所 _____

氏名 _____

- ② 不妊に悩む方への泉佐野市不妊治療支援事業申請者（妻）の住所、氏名

住所 _____

氏名 _____

※別世帯になっている理由

（①と②が別世帯となっている場合には記入）

- ③ 治療の結果、出生した子について認知を行います。

☐ （← 子の父になる者が☒を記載してください。）

泉佐野市長 様

様式第2号（第7条関係）

不妊・不育治療医療機関受診等証明書

年 月 日

泉佐野市長 様

医療機関所在地

名 称

代表者氏名

㊤

下記の者について、不妊治療又は不育治療を実施しました。また、これに係る治療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

受診者氏名				生年 月 日	年 月 日		
治療の種類		不妊 ・ 不育		貴医療機関における治療等開始日		年 月 日	
() 年度における治療期間				年 月 日 から		年 月 日まで	
保険診療に 要した点数		点	保険診療分の 本人負担金額	円	保険診療以外の 本人負担金額		円
本人負担額 の内訳	区 分		不妊治療		不育治療		
			健康保険適用分 本人負担額	健康保険適用外分 本人負担額	健康保険適用分 本人負担額	健康保険適用外分 本人負担額	
	() 年度	4 月分	円	円	円	円	
		5 月分	円	円	円	円	
		6 月分	円	円	円	円	
		7 月分	円	円	円	円	
		8 月分	円	円	円	円	
		9 月分	円	円	円	円	
		10 月分	円	円	円	円	
		11 月分	円	円	円	円	
		12 月分	円	円	円	円	
		1 月分	円	円	円	円	
		2 月分	円	円	円	円	
		3 月分	円	円	円	円	
治療 及び 検査 内容	不妊症	☐ 検査（検査名： ） ☐ タイミング療法（不妊相談） ☐ 排卵誘発法 ☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 ☐ 手術療法（方法： ） ☐ その他（ ）					
	不育症	☐ 検査（検査名： ） ☐ 薬物療法（内服・注射） ☐ 手術療法（方法： ） ☐ その他（ ）					
院外処方 の有無		有 ・ 無	※「院外処方の有無」が「有」の場合は、助成の対象となりますが、別に、薬局にて本証明書の発行を受けていただくことになります。医療機関において受ける検査及び治療に係る費用だけで、助成額の上限を超過する場合は、薬局の証明は必要ありません。				

※不妊及び不育の検査、治療に係る費用のみ記入してください。なお、各種文書取得に係る費用、入院に係る食事療養費、室料差額等、治療行為に該当しない費用は除外してください。

※「保険診療以外の診療費本人負担額」欄は、検査、治療に係る費用を記入してください。

泉佐野市不妊・不育治療費助成金支給（不支給）決定通知書

令和 年 月 日

様

泉佐野市長 千代松 大耕

令和 年 月 日に請求がありました泉佐野市不妊・不育治療費助成金の支給について、下記のとおり決定したので通知します。

記

請 求 者 氏 名				
支 給 決 定 額		円		
振 込 先	金融機関名		支 店 名	
	口 座 種 別	1.普通 2.当座 3.その他	口座番号	プライバシー保護のため表示していません。
	口 座 名 義			
振 込 予 定 日		年 月 日		
備 考				