

○只見町特定不妊治療費助成事業実施要綱

平成24年4月1日只見町訓令第13号

改正

平成25年9月1日只見町訓令第26号

平成26年3月28日只見町訓令第15号

平成28年5月13日只見町訓令第18号

只見町特定不妊治療費助成事業実施要綱

(目的)

第1条 不妊治療のうち、体外授精及び顕微授精（以下「特定不妊治療」という。）については、治療費が高額であり、その経済的負担が重いことから十分な治療を受けることができず、子どもを諦めざるを得ない方も少なくないことから、特定不妊治療に要する費用の一部を助成する只見町特定不妊治療費助成事業（以下「事業」という。）を実施することにより、経済的負担の軽減を図ることを目的とする。

(助成対象者)

第2条 助成対象者は、法律上の婚姻をしている夫婦であつて、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か又は極めて少ないと医師に診断された者で、以下の要件を満たす者とする。

- (1) 夫婦ともに又はそのいずれかが、特定不妊治療をした期間及びこの要綱による助成の申請日において、只見町に住所を有していること。
- (2) 夫及び妻の年間所得の合計額が730万円未満であること。
- (3) 町民税等を滞納していない夫婦であること。
- (4) 治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満である夫婦であること。
- (5) 国及び県が定めた特定不妊治療指定医療機関で治療を受けた者であること。

(助成対象治療等)

第3条 この事業で対象とする不妊治療は、配偶者間で行う医療保険が適用されない特定不妊治療とする。

2 助成の対象とする治療期間は、特定不妊治療が必要であると医師が診断し、治療が開始された時点から当該治療が終了した時点までとする。なお、医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中止した場合については、福島県特定不妊治療費助成事業実施要綱（以下、「県要綱」という。）第4第2項に準ずるものとする。

3 次に掲げる治療法は、助成の対象としない。

- (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（妻が卵巣又は子宮を摘出したこと等により、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及び出産する方法）
- (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及び出産する方法）

(助成金の額及び助成回数等)

第4条 助成金の額は、特定不妊治療に要した費用のうち、福島県から受けた助成額を控除した額について、1回の治療につき100,000円を限度とする。

2 前項の規定による助成は、県要綱第6に定められた内容を助成するものとする。

(助成の申請及び決定)

第5条 この要綱による助成を受けようとする者は、特定不妊治療が終了した日の翌日から起算して、1回の治療終了ごとに1年以内に、次の書類を添えて町長に申請するものとする。

- (1) 只見町特定不妊治療費助成金交付申請書(様式第1号)(以下、「申請書」という。)
- (2) 県の助成金又は他の地方公共団体による補助金の交付を受けた者にあつては、その額を証明する書類
- (3) 福島県特定不妊治療費助成事業受診等証明書(写し又は只見町特定不妊治療費助成事業受診等証明書(様式第2号))
- (4) 特定不妊治療を受けた指定医療機関発行の領収書又は特定不妊治療費領収金額証明書(様式第3号)
- (5) その他町長が必要と認める書類

2 町長は、申請書を受理したときは、その内容を審査し助成金の可否を決定するとともに、只見町特定不妊治療費助成事業個人台帳(様式第4号)に登載する。

3 町長は、審査の結果、助成を行うことを決定したときは、只見町特定不妊治療費助成金交付決定通知書(様式第5号)により申請者に通知するものとする。

4 町長は、審査の結果、助成しないことを決定したときは、只見町特定不妊治療費助成金交付不承認決定通知書(様式第6号)により申請者に通知するものとする。

(助成金の請求)

第6条 前条の規定により通知を受けた補助決定者は、速やかに只見町特定不妊治療費助成金請求書(様式第7号)により町長に請求するものとする。

(助成金の返還)

第7条 町長は、偽りその他不正な手段によって助成金を受けた者に対し、その返還をさせることができる。

(実施上の留意事項)

第8条 本事業の関係者は、申請者のプライバシーの保護に十分に配慮し、この要綱による事務を処理するための個人情報を他に漏らしてはならない。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関して必要な事項は県要綱に準ずるものとする。

附 則

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則(平成25年9月1日只見町訓令26号)

この訓令は、平成25年9月1日から施行する。

附 則(平成26年3月28日只見町訓令15号)

この訓令は、公布の日から施行する。

附 則(平成28年5月13日只見町訓令18号)

(施行期日)

1 この要綱は、公布の日から施行し、改正後の要綱の規定は、平成28年4月1日から適用する。

(経過措置)

2 旧様式は、当面の間、助成の決定に支障のない範囲において使用することができるものとする。

只見町特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

只見町長

申請者 住所  
氏名

（対象者との続柄： ）

只見町特定不妊治療助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

フリガナ				
氏名	夫		妻	
生年月日		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)
住所	〒 - 只見町大字 字		電話番号 ( - - )	
夫婦の住所が異なる場合※	〒 -		電話番号 ( - - )	
過去における申請の有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( ) 回 初めて申請したときの治療開始日の年齢は 40 歳 → <input type="checkbox"/> 未満 ・ <input type="checkbox"/> 以上			
	申請時期	自治体名	助成金額	初回申請時の治療終了日
	年 月		円	いずれかに○ ( ) H28. 1. 19 以前 ( ) H28. 1. 20 以降
	年 月		円	
	年 月		円	
	年 月		円	
年 月		円		
助成申請額	a 特定不妊治療助成申請額		円	助成申請合計額 ( a + b )
	b 男性不妊治療助成申請額		円	円

※夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

同意書	特定不妊治療費助成金の交付申請にあたり、只見町長が支給の決定に関して、必要な住民情報及び課税資料等の情報を閲覧し確認することを承諾します。また、助成の適正を図るために必要な場合は、他の自治体に情報の照会、提供すること及び医療機関に受診等証明書の内容を照会することについて同意します。		
	氏名		印
	氏名		印

只見町記載欄

受給者番号		過去の助成回数	年間 回
算定額	費用額 (A)		円
	県 (他自治体) 助成額 (B)		円
	助成金対象額 (A-B)		円
	助成金額		円
審査	○住民票 定住日 ( 年 月 日) 適・不適		
	○町税等 適・不適 ( )		
	○その他 適・不適 ( )		

受給者番号

特定不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の方については、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か又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

只見町長

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医氏名

印

指定医療機関記入欄（主治医が記入）

受 診 者	フリガナ	夫			妻		
	氏名						
	生年月日		年 月 日 ( 歳)			年 月 日 ( 歳)	
当該患者が過去に行った不妊治療について該当箇所に記入してください ・タイミング療法 実施 回 未実施 ・排卵誘発法 実施 回 未実施 ・人工授精 実施 回 未実施 ・体外授精 実施 回 未実施 ・顕微授精 実施 回 未実施 ・手術療法 実施 ・ 未実施 手術 ・その他 ( ) ○特定不妊治療を必要とした理由について記入してください							
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号（裏面参照）に○をつけてください				A又はBの場合 1 体外受精 ・ 2 顕微授精 該当する番号に○をつけてください		
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
	男性不妊治療と行った場合は、行った手術療法を記載してください [ ]					(精子回収の有無) 有 ・ 無	
領収金額	(今回の治療にかかった金額合計※保険診療外に限る)						
	特定不妊治療（男性不妊治療費除く）				領収金額		円
男性不妊治療費				領収金額		円	

（領収書等の書類は裏面添付又は別添付）

(注1) 助成対象となる特定不妊治療は、次のいずれかに相当するものです。

- 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周期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 体調不良等による移植のめどが立たず治療終了
- 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中止

(注2) 採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。

ただし、採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合は助成の対象となります。

特定不妊治療費領収金額証明書

只見町長

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

印

様の領収金額の内訳は下記のとおりです。

記

治療内容	金額
<b>体外受精料</b>	円
採卵	円
卵培養	円
精子調整	円
精子培養	円
顕微授精	円
胚移植	円
<b>薬物療法</b>	円
排卵促進等	円
黄体機能の維持・管理等	円
<b>男性不妊治療</b>	円
	円
<b>その他</b>	円
	円
	円
	円

只見町特定不妊治療費助成事業個人台帳

受給者番号					
申請者氏名			生年月日		
フリガナ			年 月 日		
夫の氏名					
フリガナ			年 月 日		
妻の氏名					
住所（※1）	〒 - 只見町大字 字		電話番号（ - - ）		
住所（※2）	〒 -		電話番号（ - - ）		
（特定不妊治療）					
年 度	申 請 年 月 日	（承認・不承認） 決定年月日	申 請 額 決 定 額	不妊治療実施 医療機関名	備 考
	. .	（承認・不承認） . .			
	. .	（承認・不承認） . .			
	. .	（承認・不承認） . .			
	. .	（承認・不承認） . .			
	. .	（承認・不承認） . .			
	. .	（承認・不承認） . .			
	. .	（承認・不承認） . .			
（男性不妊治療）					
年 度	申 請 年 月 日	（承認・不承認） 決定年月日	申 請 額 決 定 額	不妊治療実施 医療機関名	備 考
	. .	（承認・不承認） . .			
	. .	（承認・不承認） . .			
	. .	（承認・不承認） . .			

※1 夫婦の住所を記入する。  
 ※2 夫婦の住所が異なる場合に記入する。（住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住む場合をいう。）

只見町指令 第 号

申請者  
住所  
氏名

年 月 日付けで申請のありました只見町特定不妊治療費助成金については、下記のとおり決定しましたので通知します。

年 月 日

只見町長

記

対象年度	年度
助成金額	円

教示

この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に只見町長に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、只見町長に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。

また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6月以内に只見町を被告として（訴訟において只見町を代表する者は只見町長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を得た後（次の（1）から（3）までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないとされています。

- （1）審査請求があった日から3月を経過しても裁決がないとき。
- （2）処分、処分の執行または手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- （3）その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。



申請者  
住所  
氏名 様

只見町長

印

只見町特定不妊治療費助成金交付不承認決定通知書

年 月 日付で申請のあった只見町特定不妊治療費助成金については、  
下記の理由により承認できませんので通知します。

記

不承認の理由

教示

この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に  
只見町長に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、只見町長に  
申し立てれば、喉頭により意見を述べるすることができます。

また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から  
起算して6月以内に只見町を被告として（訴訟において只見町を代表する者は只見町長とな  
ります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する  
裁決を得た後（次の（1）から（3）までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提  
起することができないとされています。

- （1）審査請求があった日から3月を経過しても裁決がないとき。
- （2）処分、処分の執行または手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必  
要があるとき。
- （3）その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

年 月 日

只見町長

(申請者)

住 所 只見町大字 字

氏 名

印

只見町特定不妊治療費助成金交付請求書

請 求 額	円
-------	---

年 月 日付、只見町指令 第 号で交付決定のあった只見町特定不妊治療費助成金について交付されたく、上記金額を請求します。

振 込 先 金融機関名	銀行 農協	本店 支店
預金種別	1 普通 2 当座 (該当する方を○で囲んでください。)	
口座番号		
(フリガナ) 口座名義		