

清須市不妊治療費助成金交付要綱

清須市一般不妊治療費助成事業実施要綱（平成19年清須市告示第36号）の全部を改正する。

（趣旨）

第 1 条 この告示は、不妊治療の経済的な負担の軽減を図るため、不妊に悩み、不妊治療を受ける者に対して清須市不妊治療費助成金（以下「助成金」という。）を交付することに関し、清須市補助金等交付規則（平成17年清須市規則第42号）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

（定義）

第 2 条 この告示において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

（1） 医療保険各法 次に掲げる法律をいう。

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 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）

エ 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）

オ 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）

カ 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）

（2） 本人負担額 医療保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合において、医療保険各法の規定による被保険者、加入者、組合員又は被扶養者（以下「被保険者等」という。）が負担すべき額（医療保険各法に規定する入院時食事療養費の算定に係る標準負担額を除く。）であって、他の法令等又は医療保険各法の規定により医療に関する給付を行う者の規約等の規定に基づき、当該額に対して給付される額以外のものをいう。

（対象者）

第 3 条 助成金の交付の対象となる者は、産科、婦人科若しくは産婦人科又は泌尿器科若しくは皮膚泌尿器科を標ぼうする医療機関（以下「医療機関」という。）において不妊症と診断され不妊治療を受けた者（以下「受診者」という。）又はその配偶者（婚姻の届出をしないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。以下同じ。）であって、次の各号のいずれにも該当するものとする。

（1） 受診者又はその配偶者の一方又は双方が本市に居住し、住民基本台帳法（昭和42年法律第

81号)の規定に基づき清須市住民基本台帳(以下「清須市住民基本台帳」という。)に記録されていること。

(2) 受診者及びその配偶者が被保険者等であること。

(助成対象経費)

第4条 助成金の対象となる経費は、受診者が清須市住民基本台帳に記録されている間に受けた不妊治療に要した本人負担額(以下「助成対象経費」という。)とする。

(助成金の額)

第5条 助成金の額は、1年度につき、前年度の3月から当該年度の2月までの間に受けた不妊治療に係る助成対象経費の合計額(その額に100円未満の端数がある場合は、これを切り捨てた額)又は25万円のいずれか低い額とする。

(助成金の申請)

第6条 助成金の交付を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、清須市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書(第1号様式。以下「申請書」という。)に、次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。

(1) 受診等証明書(第2号様式)

(2) 不妊治療を受けた医療機関が発行した領収書

(3) 申請者及びその配偶者が夫婦であることを証明することができる書類又は事実婚関係に関する申立書(第3号様式)並びに申請者及びその配偶者がそれぞれ婚姻をしていないことを証明することができる書類

(4) 申請者及びその配偶者の住所を証明する書類

(5) その他市長が必要と認める書類

2 市長は、申請者の同意に基づき、前項各号に掲げる書類により確認する事実を市の公簿等によって確認することができるときは、その確認することができる事実に関する書類の提出を省略させることができる。

3 第1項の規定による申請は、原則として、3月から翌年の2月までに受けた不妊治療について、当該不妊治療を受けた日の属する年度(3月に受けた不妊治療にあつては、翌年度)の末日までに行わなければならない。

(交付決定及び助成金の交付)

第7条 市長は、前条第1項の規定による申請があつたときは、その内容を審査し、助成金の交付の可否を決定したときは、その旨を、清須市不妊治療費助成金交付決定・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。

- 2 市長は、前項の規定により、助成金の交付を決定したときは、速やかに申請者に助成金を交付するものとする。

(交付決定の取消し及び助成金の返還)

第8条 市長は、前条第1項の規定により助成金の交付の決定を受けた者が偽りその他の不正な手段により助成金の交付を受けたと認めたときは、助成金の交付の決定の全部若しくは一部を取り消し、又は既に交付した助成金の全部若しくは一部について、期限を定めて返還を命ずることができる。

- 2 市長は、前項の規定により、助成金の交付の決定の全部又は一部を取り消したときは、清須市不妊治療費助成金交付決定取消通知書（第5号様式）により当該交付の決定を受けた者に通知するものとする。

(雑則)

第9条 この告示に定めるもののほか必要な事項は、市長が定める。

附 則

この告示は、令和6年4月1日から施行し、同年3月1日から適用する。

第1号様式（第6条関係）
第1号様式（第6条関係）

（表）

清須市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

清須市長 様

申請者（※1）

住 所 清須市

氏 名

（自署の場合、押印不要）

電 話

清須市不妊治療費助成金交付要綱第6条第1項の規定に基づき、次のとおり申請します。

対 象 者		(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日		
	夫	()		年 月 日生 (歳)		
	妻	()		年 月 日生 (歳)		
	住所(※2)	〒 電話 ()				
	加入医療保険 (夫)	【種別】市町村国保・組合同保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者				
	加入医療保険 (妻)	【種別】市町村国保・組合同保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者				
振 込 先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所				
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人 (申請者と同一)	()		
	口座番号	(左詰記入)				
<他の自治体で、不妊治療に関する助成金等の申請をしていますか。> いいえ / はい						
<加入している医療保険から付加給付・高額療養費の支給を受ける予定又は過去に受けたことがありますか。> ない ある → 受ける予定がある ・ 過去 円受けた (年 月頃)						
領収金額合計(ア)	金	円	付加給付額(イ)	金	円	
高額療養費(ウ)	金	円	本人負担額 (ア)－(イ)－(ウ)	金	円	
申請額(※3)	金 円 (100円未満切り捨て。1年度上限25万円。)					
裏面に掲げる「確認すべき事項」(1)～(7)を確認し、同意します(自署の場合、押印不要)。						
夫氏名 妻氏名						

※1：助成金を振り込む口座の名義人と同一にしてください。(清須市内在住の方に限ります。)

※2：単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

※3：1年度とは、3月から翌年2月までの診療月分を指します。

(裏)

(添付書類)

- 1 受診等証明書（第2号様式）
- 2 不妊治療を受けた医療機関が発行した領収書
- 3 申請者及びその配偶者が夫婦であることを証明することができる書類
- 4 事実婚関係に関する申立書（第3号様式）及び申請者及びその配偶者がそれぞれ婚姻をしていないことを証明することができる書類
- 5 申請者及びその配偶者の住所を証明する書類
- 6 夫婦が被保険者等であることを証明するもの
- 7 振込先の口座を確認することができるもの
- 8 高額療養費限度額適用区分が確認することができるもの
- 9 加入している医療保険から付加給付・高額療養費の支給を受けた者にあつては、当該支給額を確認することができる書類

※ 3及び4は、いずれか1つを添付すること。

※ 3及び5は、本市に住所を有する場合は、省略可能。

【確認すべき事項】

- (1) 清須市が住民基本台帳及び戸籍についての公簿等を調査し、及び閲覧すること。
- (2) 助成金の交付状況について、清須市が他の自治体へ照会すること。
- (3) 助成金の交付状況について、他の自治体から清須市に照会があつたときには、これに回答すること。
- (4) 他の自治体から助成を受けたことが申請日以降に確認することができた場合、清須市が申請者に対し助成金の返還を求めること。
- (5) 清須市が、治療内容等について医療機関等に照会すること。
- (6) 申請者は、不妊治療に係る付加給付・高額療養費が支給待ちの場合、その支給後1か月以内に、支給額を確認することができる書類を清須市へ提出すること。また、助成金の交付は、その書類の提出後となること。
- (7) 清須市が、付加給付・高額療養費の支給状況等を保険者等へ照会すること。なお、支給を受けたことが申請日以降に確認できた場合、清須市が申請者に対し助成金の返還を求めること。

第2号様式（第6条関係）
第2号様式（第6条関係）

受診等証明書

以下の者については、次のとおり不妊治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費（本人負担額）を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医の氏名

（自署の場合、押印不要）

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()	
受診者生年月日		西暦 年 月 日 (歳)		西暦 年 月 日 (歳)	
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日			
今回の治療期間		年 月 日～ 年 月 日			
○受診者に対して今回行った不妊治療について該当箇所に記入して下さい。 ☐人工授精 (回) ☐体外受精※胚移植の回数 (回) ☐顕微授精※胚移植の回数 (回) ☐手術療法（手術方法) ☐その他 ()					
・院外処方の有無 (☐ 有 ・ ☐ 無)					
本人負担額の内訳	区 分	一般不妊治療 (不妊検査・一般不妊治療・人工授精等)		生殖補助医療 (体外受精・顕微授精等)	
		医療機関徴収分	薬局徴収分	医療機関徴収分	薬局徴収分
		本人負担額①	本人負担額②	本人負担額③	本人負担額④
	年3月分	円	円	円	円
	年4月分	円	円	円	円
	年5月分	円	円	円	円
	年6月分	円	円	円	円
	年7月分	円	円	円	円
	年8月分	円	円	円	円
	年9月分	円	円	円	円
	年10月分	円	円	円	円
	年11月分	円	円	円	円
	年12月分	円	円	円	円
	年1月分	円	円	円	円
	年2月分	円	円	円	円
計	円	円	円	円	
領収金額		円（上記本人負担額①～④の合計）			

注1 受診者に対して今回行った不妊治療（保険診療分）に係るもののみご記入ください（自費診療分は、対象外）。

2 ☐は該当項目をチェックしてください。

3 院外処方の有無が「有」の場合、「本人負担額の内訳」欄の薬局徴収分へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。

4 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。

第3号様式（第6条関係）
第3号様式（第6条関係）

事実婚関係に関する申立書

年 月 日

清須市長 様

私たちは、事実婚関係にあります。
治療の結果、出生した子について認知を行う意向があります。

申 請 者	住 所	清須市
	氏 名	
申請者と事実婚 関係にある者	住 所	
	氏 名	

別世帯となっている理由（別世帯である場合のみ記入してください。）

第4号様式（第7条関係）
第4号様式（第7条関係）

第 年 月 日 号

様

清須市長



清須市不妊治療費助成金交付決定・却下通知書

年 月 日付けで申請のありました不妊治療費助成金については、
下記のとおり決定・却下しましたので通知します。

記

1 決定

申請者	住 所	清須市
	氏 名	
助成金交付決定額		円

2 却下

却 下 の 理 由	
-----------	--

第 年 月 日 号

様

清須市長 印

清須市不妊治療費助成金交付決定取消通知書

年 月 日付けで交付決定の通知をした不妊治療費助成金について、清須市不妊治療費助成金交付要綱第8条第1項の規定により、下記のとおり交付決定を取り消したので、同条第2項の規定により通知します。

なお、既に交付した助成金 円については、 年 月 日までに返還してください。

記

交 付 決 定 額	円
交 付 済 額	円
取 消 し 額	円
返 還 額	円
取 消 し の 理 由	