

笠岡市不育治療支援事業補助金交付要綱

平成23年3月29日

告示第38号

(目的)

第1条 この要綱は、不育症のため子どもを持つことが困難な夫婦に対し、医療保険対象外の不育治療を受けた場合において、その治療費等の一部を助成することにより、経済的負担を軽減し、もって不育治療対策の充実に資するため、予算の範囲内において笠岡市不育治療支援事業補助金(以下「補助金」という。)を交付するものとし、その交付に関しては、笠岡市補助金等交付規則(昭和60年笠岡市規則第8号)に定めるもののほか、この要綱の定めるところによる。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 夫婦 戸籍法(昭和22年法律第224号)の規定による届出を行った夫婦又は外国人登録原票記載事項証明書により婚姻が確認できる夫婦をいう。
- (2) 不育治療 社団法人日本生殖医学会が認定した生殖医療専門医が所属する医療機関又は同等の能力を有する医療機関において当該専門医により不育症と診断され、その治療行為をいう。
- (3) 治療費等 国民健康保険法又は医療保険各法の規定による保険給付が適用されない不育治療に関する治療費・検査料をいう。ただし、入院時の差額ベッド代、食事代等直接治療に関係ないものは除く。
- (4) 医療機関 社団法人日本生殖医学会が認定した生殖医療専門医が所属する医療機関又は同等の能力を有する医療機関をいう。

(補助対象者)

第3条 補助金の交付を受けることができる者(以下「対象者」という。)は、次の各号に該当する者とする。

- (1) 夫婦のいずれか一方が補助金の交付申請の日において、本市に1年以上住所を有すること。
- (2) 補助金の交付申請の日において、対象者及び世帯員に市税の滞納がないこと。

(補助金額及び期間)

第4条 交付する補助金の額は次のとおりとし、1,000円未満の端数が生じるときは、これ

を切り捨てた額とする。

- (1) 治療費等の2分の1以内の額とする。ただし、一不育治療当たり150,000円を限度とする。
- (2) 補助対象とする不育治療の回数は、年度を問わず一対象者に対し6回限りとし、補助金の額も一対象者900,000円を限度とする。

(交付申請)

第5条 補助金の交付を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、笠岡市不育治療支援事業補助金交付申請書(様式第1号)に次の各号に掲げる書類等を添付して市長に提出しなければならない。

- (1) 不育治療支援事業受診証明書(様式第2号)
- (2) 医療機関の発行する領収書
- (3) その他市長が必要と認める書類

2 補助金の申請は、当該治療にかかる医療費の支払いが終了した日から3箇月以内に行わなければならない。

(補助金の交付決定)

第6条 市長は、前条の申請書を受理したときは、内容を審査し、適当と認めるときは、補助金の交付を決定し、不育治療支援事業補助金交付決定通知書により、申請者に通知するものとする。

(補助金の交付)

第7条 補助金は、申請者が指定した金融機関の口座への振込みの方法により交付する。

(補助金の返還)

第8条 市長は、補助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、補助金の全部又は一部を返還させることができる。

- (1) この要綱に違反したとき。
- (2) 補助金の申請について不正な行為があると認めるとき。

(その他)

第9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23年4月1日から施行する。

様式第1号(第5条関係)

笠岡市不育治療支援事業補助金交付申請書

平成 年 月 日

笠岡市長 殿

下記のとおり、不育治療費の補助を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、審査にあたり必要な場合には、住民基本台帳・市民税課税台帳等により確認されることを承諾します。

記

申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名	㊟		
	住所	〒 笠岡市	電話番号	
申請者の配偶者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒	電話番号	
婚姻年月日	年 月 日			
不育治療対象児	第 子			
医療機関	住所			
	名称			
申請金額等	金 円 第 回目			
補助金振込先	金融機関名		銀行・金庫 農協・組合	店 出張所
	口座番号	普通・当座		
	ふりがな			
	口座名義人			
※市記入欄	受付年月日	平成 年 月 日		
	決定年月日	平成 年 月 日		承認・不承認

様式第2号(第5条関係)

不育治療支援事業受診証明書

下記の者について、不育治療を実施し、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。

平成 年 月 日

医療機関の名称
医療機関の所在地
(生殖医療専門医)
主治医氏名

㊟

受診者氏名		生年月日	年 月 日
今回の治療期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
不育治療を必要とした理由			
治療内容			
徴収金額 (診療費等)	金 _____ 円 徴収年月日 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		

(注)診療費等は、不育治療に関する治療費・検査料をいいます。従って、入院費や食事代など直接医療に関係ないものは含まれません。