

改正

平成26年5月14日告示第10号

平成28年10月27日告示第34号

普代村不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱

(目的)

第1 この告示は、子どもを希望しているものの子どもに恵まれない夫婦に対し、体外受精及び顕微授精（以下「特定不妊治療」という。）に係る費用の一部を助成することにより、特定不妊治療を受けた当該夫婦の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 助成対象者は、法律上の婚姻をしている夫婦で、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 夫又は妻のいずれか一方又は両方が特定不妊治療を開始した日以前から引き続き村内に居住し、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）第6条の規定による住民基本台帳に記載されている者であること。
- (2) 不妊に悩む方への特定治療支援事業による助成金（以下「県助成金」という。）の交付を受けていること。

(助成対象治療等)

第3 助成対象治療は、妻が妊娠することを目的として行う特定不妊治療（保険適用外診療のものに限る。）で岩手県が指定する医療機関において実施されたものとする。ただし、夫婦以外の第三者からの精子、卵子又は胚の提供による特定不妊治療は助成対象としない。

2 助成対象期間は、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。ただし、医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中止した場合（卵胞が発育しない等により卵子採取以前に中止した場合を除く。）については、その中止までの期間を助成期間とする。

(助成の額及び助成期間)

第4 助成の額は、一の夫婦について、次の各号に定めるところによる。

- (1) 1回の治療につき15万円を限度に、当該夫婦が助成対象治療に要した費用（県助成金を除く。）と15万円とを比較して少ない方の額を助成する。
- (2) 特定不妊治療のうち、精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術（以下「男性不妊治療」という。）を行った場合は、前1項の助成のほか、普代村男性不妊治療費助成事業要綱

の助成についても助成する。

- 2 通算助成回数は、初めて助成を受けた際の治療期間の初日における妻の年齢が40歳未満である時は6回（40歳以上である時は通算3回）までとする。
- 3 前2項の規定にかかわらず、平成25年度以前から本事業による特定不妊治療の助成を受けている夫婦で平成27年度までに通算5年間助成を受けている場合には助成しない。
- 4 他の市町村が実施する特定不妊治療に係る助成を既に受けている場合は、治療費の助成を受けたものとみなし、前2項の規定を適用する。

（助成の申請等）

第5 助成を受けようとする者は、県助成金の交付決定通知書の交付を受けてから3月以内に普代村不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金交付申請書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて、村長に提出しなければならない。

- （1） 不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の写し
- （2） 不妊に悩む方への特定治療支援事業交付決定通知書の写し
- （3） 指定医療機関の発行した特定不妊治療費に係る領収書の写し

- 2 村長は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、助成金の交付の可否を決定し、普代村不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金交付決定（却下）通知書（様式第2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 助成金の交付を受けようとする者は、第5第2項に定める通知を受けた後、普代村不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金交付請求書（様式第3号）を村長に提出しなければならない。

（助成金の返還）

第7 村長は、偽りその他不正の行為により助成金の交付を受けた者があると認めるときは、その者に対して助成金の全部又は一部を返還させることができる。

（備付書類）

第8 村長は、普代村不妊に悩む方への特定治療支援事業台帳（様式第4号）を整備し、保管するものとする。

（補則）

第9 この告示に定めるもののほか、この事業の実施に関し必要な事項は、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。

附 則（平成26年 5 月14日告示第10号）

この要綱は、公布の日から施行し、平成26年 4 月 1 日から適用する。

附 則（平成28年10月27日告示第34号）

この要綱は、公布の日から施行し、平成28年 4 月 1 日から適用する。

様式第1号 (第5関係)

普代村不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金交付申請書

年 月 日

(あて先)普代村長

申請者 住所

氏名

印

不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

交付申請額	円		指定医療機関で証明した特定不妊治療費に要した費用から県助成金を控除した額と15万円とを比較して少ない方の額	
夫	(ふりがな)		生年月日	年 月 日
	氏名			(歳)
妻	(ふりがな)		生年月日	年 月 日
	氏名			(歳)
住所		〒 _____ 市 _____ 区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号		
※夫と妻の住所が異なる場合は、本欄も記入		〒 _____ 市 _____ 区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号		
治療した指定医療機関	医療機関名			
	住所			
振込先	金融機関名		支店名	
	口座番号		預金種別	普通 ・ 当座
	口座名義人 (申請者と同じ名義とする。)			

添付書類

- 1 不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の写し
- 2 不妊に悩む方への特定治療支援事業交付決定通知書の写し
- 3 指定医療機関の発行した特定不妊治療費に係る領収書の写し

様式第2号（第5関係）

普代村不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金交付決定(却下)通知書

第 号
年 月 日

様

普代村長 印

年 月 日付けで申請のありました不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金の交付について、次のとおり決定(却下)したので通知します。

- 1 助成金額 円
- 2 却下の理由

様式第3号（第6関係）

普代村不妊に悩む方への特定治療支援事業助成金交付請求書

年 月 日

（あて先）普代村長

申請者 住所

氏名

印

年 月 日付け 第 号で決定のあった不妊に悩む方への特定治療
支援事業助成金について、次のとおり請求します。

金

円

様式第4号（第8関係）

普代村不妊に悩む方への特定治療支援事業台帳

受給者番号			
申請者 (夫・妻)	(ふりがな)		生年月日
	氏名		
配偶者	(ふりがな)		生年月日
	氏名		
住所	〒 Tel. — —		
住所(夫婦の住所が異なる場合記入)	〒 Tel. — —		
助成開始年月	年 月	助成終了年月	年 月
備考			

申請受理年月日	指定医療機関	治療期間		申請額	(承認・不承認)決定年月日	助成額	支払年月日	症例登録番号の有・無
		開始年月日	終了年月日					
				円	(承認・不承認)	円		(No.)
				円	(承認・不承認)	円		(No.)
				円	(承認・不承認)	円		(No.)
				円	(承認・不承認)	円		(No.)
				円	(承認・不承認)	円		(No.)