

普代村男性不妊治療費助成事業要綱

(目的)

**第1** 子どもを希望しているものの子どもに恵まれないため受ける不妊治療のうち、男性不妊治療を受けている夫婦の治療に要する費用の一部を助成することにより、経済的負担の軽減を図ることを目的とする。

(用語の定義)

**第2** この要綱において「男性不妊治療」とは、次の(1)又は(2)に掲げる治療とする。

- (1) 精巣内精子生検採取法（以下「T E S E」という。）
- (2) 精巣上体内精子吸引採取法（以下「M E S A」という。）

(助成対象者)

**第3** 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普代村に居住し、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) 妊娠のために、男性不妊治療が必要であると医師に診断されたものであること。
- (3) 岩手県男性不妊治療費助成金（以下「県助成」という。）の交付を受けていること。

(交付の対象となる治療)

**第4** この助成金の対象となる治療は、知事が指定した医療機関（以下「指定医療機関」という。）が行う医療保険適用外診療で、妻が妊娠することを目的として行う男性不妊治療（当該治療に係る入院費、食事代、文書料及び凍結保存に係る費用は除く）とする。ただし、夫婦以外の第三者からの卵子提供による不妊治療は助成の対象としない。

(助成の額)

**第5** 1組の夫婦に対する助成の額は、1回の治療につき、T E S Eにあつては10万円をM E S Aにあつては5万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）と上限額を比較して少ない方の額を助成する。

(助成の申請等)

**第6** 助成を受けようとする者は、県助成の交付決定通知書の交付を受けてから3ヶ月以内に、普代村男性不妊治療費助成金交付申請書（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) 岩手県男性不妊治療費助成事業受給等証明書の写し
- (2) 岩手県男性不妊治療費助成金交付決定通知書の写し
- (3) 男性不妊治療を受けた医療機関が発行する領収書及び明細書の写し
- (4) その他、村長が必要と認める書類

2 村長は、前項の規定による申請があった時は、その内容を審査し助成金交付の可否を決定し、普代村男性不妊治療費助成金交付決定（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7** 助成金の交付を受けようとする者は、第6第2項に定める通知を受けた後、普代村男性不妊治療費助成金交付請求書（様式第3号）を村長に提出しなければならない。

（助成金の交付）

**第8** 村長は、請求書を受理した時は、その内容を審査し、適正であると認めた時は速やかに助成金を交付する。

（助成金の返還）

**第9** 村長は、偽りその他不正行為により助成金の交付を受けた者があると認めたときは、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10** 村長は、普代村男性不妊治療費助成事業台帳（様式第4号）を整備し、保管するものとする。

（補則）

**第11** 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、公布の日から施行し、平成28年4月1日から適用する。

普代村男性不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

(あて先) 普代村長

申請者 住所  
氏名

印

男性不妊治療に要した経費に対し、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記により申請します。

交付申請額		円		指定医療機関で証明した男性不妊治療費から県の助成金を控除した額と10万円及び5万円を比較して少ない方の額	
夫	ふりがな			生年月日	年 月 日 ( 歳)
	氏名				
妻	ふりがな			生年月日	年 月 日 ( 歳)
	氏名				
住 所		〒 電 話			
※夫と妻の住所が異なる場合は本欄にも記入		〒 電 話			
治療をした指定医療機関		医療機関名			
		住 所		〒 電 話	
振込先	金融機関			支店名	
	口座番号			預金種別	普通 ・ 当座
	ふりがな 口座名義人				

添付書類

1. 岩手県男性不妊治療費助成事業受給等証明書の写し
2. 岩手県男性不妊治療費助成金交付決定通知書の写し
3. 男性不妊治療を受けた医療機関が発行する領収書及び明細書の写し
4. その他村長が必要と認める書類

普代村男性不妊治療費助成金交付決定（却下）通知書

普代村指令第 号  
年 月 日

（あて先） 様

普代村長 印

年 月 日付で申請のありました普代村男性不妊治療費助成金の交付について次のとおり決定したので通知します。

1. 助成金額 円
2. 却下の理由

普代村男性不妊治療費助成金交付請求書

年 月 日

(あて先) 普代村長

申請者 住所  
氏名

印

年 月 日付け普代村指令第 号で決定のあった普代村男性不妊治療費助成金について次のとおり請求します。

金 円

普代村男性不妊治療費助成事業台帳

受給者番号				
申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳)
	氏名			
配偶者	ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳)
	氏名			
住所	〒			電話
住所（夫婦が異なる場合に記入）	〒			電話

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	治療種類 TESE・ MESA	備考