

普代村不妊検査費支援事業実施要綱

(目的)

**第1** この要綱は、不妊を心配する夫婦が共に不妊検査を受けた場合にその費用の一部を助成することにより、早期に適切な治療を開始することを促し、よって子の誕生に寄与することを目的とする。

(定義)

**第2** この要綱において「不妊検査」とは、医師が不妊症の診断のために必要と認める一連の検査をいい、不妊症の治療の効果を確認する為の検査は含まないものとする。

2 この要綱において「自己負担額」とは次条の助成対象者が第4の助成の対象となる不妊検査を受けた場合においてその検査費用として自己が負担した額の合算額とする。ただし、事項における、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は、被保険者、組合員又は被扶養者が負担すべき額（当該医療費に対する他の法令に基づく給付及び附加給付金がある場合は、その額を控除するものとする。）の合算額とする。

3 この要綱において「医療保険各法」とは、次に掲げる法律をいう。

- (1) 健康保険法（大正11年法律第70号）
- (2) 船員保険法（昭和14年法律第245号）
- (3) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）
- (4) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- (5) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
- (6) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）

(対象者)

**第3** 助成の対象となる者は次に掲げる要件のいずれにも該当する者とする。

- (1) 不妊検査開始時に法律上の婚姻をしている夫婦で、申請日において夫又は妻のいずれか一方又は両方が不妊検査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) 不妊検査開始時の妻の年齢が37歳未満であること。
- (3) 村民税の滞納がないこと。
- (4) 他市町村で実施する同一助成を受けていないこと。

(助成の対象となる不妊検査)

**第4** 助成の対象となる不妊検査は、平成28年4月1日以降に医療機関において夫婦が共に受けた不妊検査でそれぞれの検査を開始した日から終了するまでの期間が1年以内のものとする。ただし検査が終了する前に不妊検査の治療を開始した場合は、その治療を開始した日までに受けた検査を対象とし、その日をもって助成の対象となる不妊検査が終了したとみなすこととする。検査終了又は治療開始の日は医師の判断によるものとする。

2 前項において「夫婦が共に受けた不妊検査」とは、夫婦が別の医療機関において検査を受けた場合を含むものとする。ただし、夫婦のいずれか一方が検査を開始した日の翌日から起算して、概ね3ヶ月以内にもう一方が検査を開始した場合に限るものとする。

3 第1項において、それぞれの検査を開始した日から終了するまでの期間が1年を超えた場合で、やむを得ないと認められる場合においては、夫婦のいずれか早い方の検査の開始から、1年以内の検査については助成の対象とする。

(助成の額及び回数)

**第5** 助成する額は、助成対象となる不妊検査に係る費用のうち、助成対象者が負担した自己負担額に2分の1を乗じた額とする。ただし、1,000円未満の端数が生じる場合にはこれを切り捨てるものとし、上限額を10万円とする。

2 助成回数は、1組の夫婦につき1回限りとする。

(助成の申請)

**第6** 助成を受けようとする者は、夫婦のいずれか遅い方の、第4における不妊検査を終了した日(第4第1項ただし書きの場合を含む。)の翌日から起算して3ヶ月以内に普代村不妊検査費支援事業助成金交付申請書(様式第1号)に次の各号に掲げる書類を添えて村長に提出するものとする。

- (1) 普代村不妊検査費支援事業助成金申請に係る検査証明書(様式第2号)
- (2) 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類
- (3) 住所を確認できる書類
- (4) 医療機関が発行する領収書の写し
- (5) その他村長が必要と認める書類

2 前項(2)及び(3)に掲げる書類は、村長が必要なしと認めるときは省略できるものとする。

(助成の決定)

**第7** 村長は、申請書を受理したときは速やかに審査を行い、不妊検査費助成の可否を決定する。

2 村長は、前項の可否を決定した場合は、普代村不妊検査費支援事業助成金交付決定（却下）通知書（様式第3号）により申請者へ通知するものとする。

（助成金の請求）

**第8** 助成金の交付を受けようとする者は、第7第2項に定める通知を受けた後、普代村不妊検査費支援事業助成金交付申請書（様式第4号）を村長に提出しなければならない。

（助成金の交付）

**第9** 村長は、請求書を受理した時は、その内容を精査し、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10** 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時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11** 村長は、普代村不妊検査費支援事業台帳（様式第5号）を整備し保管するものとする。

（補則）

**第12** この要綱に定めるもののほか、必要な事項は村長が別に定める。

## 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。

様式第1号

普代村不妊検査費支援事業助成金交付申請書

関係書類を添えて、次のとおり不妊検査費の助成を申請します。なお、税の滞納状況について、関係各課に調査確認をすることに同意します。

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		〒					
		電話 ( )					
夫婦の住所が異なる場合は本欄も記入		〒					
		電話 ( )					
夫	検査医療機関名						
	検査期間 ※1	年	月	日	から	年	月
妻	検査医療機関名						
	検査期間 ※1	年	月	日	から	年	月
申請額	円	計算式 対象検査自己負担計 _____ 円 × 1/2 = _____ 円 千円未満切捨申請額 _____ 円 (上限 10 万円)					
普代村長 殿		平成 年 月 日					
		申請者氏名 ㊟					
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	フリガナ					
	(申請者と同じ名義)	氏 名					

※1 助成対象となる不妊検査の開始日から終了日までを記載してください。

普代村不妊検査費支援事業助成金申請に係る検査証明書

平成 年 月 日

(不妊検査実施医療機関)

住所

名称

代表者

⑩

電話

主治医氏名

次のとおり不妊検査を実施したことを証明します。

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)
検査の内容	男性検査		女性検査	
	実施期間	年 月 日～ 年 月 日まで	実施期間	年 月 日～ 年 月 日まで
	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 (ホルモン検査等) <input type="checkbox"/> 染色体検査 <input type="checkbox"/> 精巣検査 <input type="checkbox"/> ハムスターテスト <input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 血液検査 (ホルモン検査) <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡検査 <input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 <input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

注) 夫と妻が同じ医療機関で検査した場合はまとめて記入して下さい。夫と妻が別々の医療機関で検査した場合はそれぞれの医療機関で記入してください。

貴医療機関において助成対象となる期間(検査開始から1年以内)に行った不妊検査を記入してください。なお、不妊治療の効果を確認するための検査など不妊治療の一環として行われる検査は助成対象とならない為、その検査を行った日は含めないでください。

様式第3号

普代村不妊検査費支援事業助成金交付決定（却下）通知書

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不妊検査費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。

記

1 助成の額 \_\_\_\_\_円

2 却下の理由

様式第4号

普代村不妊検査費支援事業助成金交付請求書

年 月 日

普代村長 殿

申請者 住 所  
氏 名

印

年 月 日付け第 号で決定のありました普代村不妊検査費支援事業助成金について次のとおり請求します。

金 \_\_\_\_\_ 円

普代村不妊検査費支援事業台帳

受給者番号			
申請者 (夫 妻)	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(夫婦の住所が異なる場合に記入)	〒 電話		

申請受理 年月日	年 月 日		
医療機関	夫		
	妻		
検査期間	夫	年 月 日 ~	年 月 日
	妻	年 月 日 ~	年 月 日
申請額	円		
決定・却下年月日	年 月 日 ( 決定 ・ 却下 )		
助成金	円		
支払年月日	年 月 日		
備 考			