

浜松市不育症治療費補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 市長は、総合的な少子化対策の一環として、不育症治療の経済的負担の軽減を図るため、不育症治療を受けた法律上の婚姻をしている夫婦に対し、予算の範囲内において、補助金を交付するものとし、その交付に関しては、浜松市補助金等交付規則（昭和55年浜松市規則第17号。以下「規則」という。）及び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、「不育症治療」とは、医療機関の医師の不育症との診断に基づき実施される検査又は治療（医療保険各法の適用を受けないものに限る。）をいう。

2 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73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）

3 この要綱において「本人負担額」とは、医療保険各法の適用とならない不育症治療による医療の提供を受けた者が負担すべき額をいう。ただし、文書料、個室料等の治療に直接関係のない費用は除くものとする。

4 この要綱において「夫婦」とは、戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書（外国人にあっては、公の機関が発行した書類）により、法律上の婚姻の確認ができる男女をいう。

(補助対象者)

第3条 補助の対象となる者は、次に掲げる要件のすべてを満たす夫婦の一方とする。

- (1) 夫婦の一方が、産科、婦人科又は産婦人科を標榜する医療機関（以下「産婦人科等」という。）において不育症と診断されていること。
- (2) 夫又は妻の住所地が浜松市内であり市税を完納していること。
- (3) 当該助成に係る治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満の夫婦であること。

(補助対象経費)

第4条 補助の対象とする本人負担額は、平成29年4月1日以降に実施された不育症治療のうち、次のとおりとする。

(1) 不育症の検査に係る以下に掲げる費用

ア 不育症のリスク因子の検査に要する費用

検査内容		検査項目
一次スクリーニング	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピン グロブリン (CL GPI) 複合体抗体
		抗カルジオリピン (CL) IgG抗体

		抗カルジオリピン (CL) IgM抗体
		ループスアンチコアグラント
	夫婦染色体検査	
選択的検査	抗リン脂質抗体	抗PEIgG抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
		抗PEIgM抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
	血栓性素因スクリーニング (凝固因子検査)	第 因子活性
		プロテインS活性もしくはプロテインS抗原
		プロテインC活性もしくはプロテインC抗原
	APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)	

イ 絨毛染色体検査に要する費用

(2) 不育症の治療に係る以下に掲げる費用

ア 低用量アスピリン療法に要する費用

イ ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射療法を含む。) に要する費用

(補助率 (額) 及び補助の期間)

第 5 条 補助率 (額) 及び補助の期間は、次のとおりとする。

(1) 補助率 (額) は、1組の夫婦に対して、不育症治療を受けた日の属する年度ごとに、本人負担額の10分の7以内の額とし、24万5,000円を上限とする。ただし、医療保険各法に基づく保険者又は共済組合の規約等の定めるところにより、不育症治療に関する任意の給付 (付加給付) が行われる場合は、その額を本人負担額から控除するものとする。

(2) 補助の期間は、助成を開始した診療日の属する月 (以下「助成開始月」という。) から継続する2年間までとし、本事業に基づき県内の他市町が行った助成期間もこれに含むものとする。ただし、次のア又はイに該当する場合は、その期間を延長又は再設置するものとする。

ア 医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中断した場合、当該中断期間のうち助成のなかった月数以内で、助成期間を延長するものとする。

イ 本事業による助成金の交付を受けた夫婦が拳児を得て、その後更に次の拳児を得るために不育症治療を行う場合、助成期間は次の助成開始月から再び2年間設置するものとする。ただし、第3条(3)に規定する妻の年齢は、再設置後の治療期間の初日を基準とする。

2 前項に定める年度は、4月から翌年3月までの1年間とする。ただし、助成開始月が年度途中となった場合で、第1年度目の助成期間が12か月未満でかつ助成額が24万5,000円未満の場合は、第3年度目の治療について、第1年度目の12か月に満たなかった残りの月数以内で、24万5,000円に満たなかった額を上限に助成することができるものとする。

(交付の申請)

第 6 条 補助金の交付を申請する者 (以下「申請者」という。) は、次に掲げる書類を添えて、市長に申請しなければならない。

(1) 浜松市不育症治療費補助金交付申請書 (第 1 号様式)

- (2) 浜松市不育症治療費補助事業に関する同意・誓約書 (第 2 号様式)
 - (3) 浜松市不育症治療費補助事業受診等証明書 (第 3 号様式)
 - (4) 夫及び妻の戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書 (外国人にあっては、公の機関が発行した書類 (法律上の婚姻をしていることの確認ができるものに限る。))
 - (5) 市税納付確認同意書 (第 4 号様式)
 - (6) 不育症治療を受けた医療機関発行の領収証原本
 - (7) 浜松市不育症治療費補助金請求書 (第 5 号様式)
- 2 申請者は、前項に掲げる書類を不育症治療が終了した日の属する年度の末日まで、1月、2月、3月については治療終了日から90日以内に市長へ提出しなければならない。

(補助金交付決定及び確定通知書の送付等)

- 第7条 市長は、申請者から交付申請書の提出を受けた後、速やかに審査を行い、適正と認めるときはこれを受理し、第6号様式により申請者に対し当該補助金交付決定及び確定通知を送付するものとする。
- 2 市長は、申請者から交付申請書の提出を受けた後、速やかに審査を行い、交付要綱に定める条件を満たしていないと認めるときは、第7号様式により補助金交付決定を行わない旨の通知を送付するものとする。

(その他)

- 第8条 この要綱に定めるもののほか、本事業の実施に関し必要な事項については、別に定める。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行し、平成29年度から平成31年度までの補助金に適用する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年1月1日から施行する。

なお、この改正後においても、当分の間、従前の様式を使用することができる。

第1号様式

浜松市不育症治療費補助金交付申請書

年 月 日

(あて先) 浜松市長

申請者 住所
氏名 印

不育症治療費補助金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

(ふりがな) 夫の氏名		夫の生年月日 (年齢)	昭和 平成 年 月 日 西暦 (歳)
(ふりがな) 妻の氏名		妻の生年月日 (年齢)	昭和 平成 年 月 日 西暦 (歳)
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 ()		
加入医療保険 (夫)	【種別】市町村国保・組回国保・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・組回国保・健保・共済・その他() 【保険者番号】() 【区分】本人・被扶養者		
過去の助成実績：過去に助成金受給の有無(どちらかに 印) 有 ・ 無 「有」の場合、過去に助成を受けた自治体、助成年度(時期)及び回数 自治体名() ・ 年度(回)			

(以下は、記入不要です。)

受給者番号						(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
-------	--	--	--	--	--	-------------------	-------

(添付書類)

- 1 浜松市不育症治療費補助事業に関する同意・誓約書(第2号様式)
- 2 浜松市不育症治療費補助事業受診等証明書(第3号様式)
- 3 夫及び妻の戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書(外国人にあっては、公の機関が発行した書類(法律上の婚姻をしていることの確認ができるものに限る。))
- 4 市税納付確認同意書(第4号様式)
- 5 不育症治療を受けた医療機関発行の領収証原本
- 6 浜松市不育症治療費補助金請求書(第5号様式)

浜松市不育症治療費補助事業に関する同意・誓約書

年 月 日

(あて先) 浜松市長

申請者 住所
氏名 印

私たちは、浜松市不育症治療費補助事業に係る下記の事項について同意します。また、暴力団排除に関する下記事項について誓約し、浜松市が暴力団排除に必要な場合には、静岡県警察本部又は管轄警察署に照会することを承諾します。

記

1．以前の受給歴について以前にお住まいの自治体に確認を行うことの同意に関する説明

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1夫婦当たりの支給回数の上限が決められています。転入された方は、以前にお住まいの自治体に、この助成金の以前の受給状況を確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

2．その他医療費助成の同意に関する説明

加入されている健康保険組合等によっては、独自に医療費を助成する制度がありますので、加入されている健康保険組合等の保険者へ確認することがあります。また、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返還を求めることがありますのでご承知ください。

また、当補助事業に関する効果を検証するため、申請された情報について個人が特定されない形で集計し、公表する場合があります。

なお、情報の取り扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

3．暴力団排除に関する誓約事項

次に掲げる者のいずれにも該当しません。

- (1) 暴力団（浜松市暴力団排除条例(平成24年浜松市条例第81号。以下「条例」という。)第2条第1号に規定する暴力団をいう。)
- (2) 暴力団員等（条例第2条第4号に規定する暴力団員等をいう。以下同じ。)
- (3) 暴力団員等と密接な関係を有する者
- (4) 前3号に掲げる者のいずれかが役員等(無限責任社員、取締役、執行役若しくは監査役又はこれらに準じるべき者、支配人及び清算人をいう。)となっている法人その他の団体

浜松市不育症治療費補助事業受診等証明書

下記の者について、次のとおり不育症治療を実施し、これに係る医療費（保険適用外分）を徴収したことを証明します。

年 月 日

（あて先）浜松市長

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

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	（ ）	
		昭和・平成 年 月 日 （ 歳）			昭和・平成 年 月 日 （ 歳）	
受診者生年月日						
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		
区 分	検査治療内容	実費（保険適用外）負担額				
		医療機関徴収分		薬局徴収分		
年 4月分						
年 5月分						
年 6月分						
年 7月分						
年 8月分						
年 9月分						
年10月分						
年11月分						
年12月分						
年 1月分						
年 2月分						
年 3月分						
〔今回の治療にかかった金額合計〕						
領収金額		円（上記本人負担額 ～ の合計額となります。）				

- 注1 当該患者に関して行った不育症治療（保険適用外）に係るもののみご記入ください。
- 2 院外処方がある場合、「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。
- 3 検査治療内容は下記より記号で記入してください。（複数選択可）
 検査： 抗リン脂質抗体検査（一次スクリーニング） 夫婦染色体検査
 抗リン脂質抗体検査（選択的検査） 血栓性素因スクリーニング検査 絨毛染色体検査
 治療： 低用量アスピリン療法 ヘパリン療法
- 4 文書料、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4号様式

市税納付確認同意書

年 月 日

(あて先) 浜松市長

(取扱い) 健康増進課)

【補助金交付申請者】

夫 住 所 _____

夫 氏 名 _____ 印
(自署押印不要)

昭・平 年 月 日 生

妻 住 所 _____

妻 氏 名 _____ 印
(自署押印不要)

昭・平 年 月 日 生

下記の補助金交付申請に伴い、浜松市不育症治療費補助金交付要綱第3条の規定により、市において、補助金交付申請者の市税の納付状況について確認することに同意します。

記

【申請補助金】 浜松市不育症治療費補助金

注意事項

市税の未納分の存在が判明した場合は、補助金の交付はできません。十分確認の上、申請してください。

第5号様式

浜松市不育症治療費補助金請求書

金 円

不育症治療費補助金が決定された場合は、上記の金額を請求します。

年 月 日

(あて先) 浜松市長

住 所

氏 名

印

(口座名義人) カナ氏名			
口座振替先 金融機関名	銀行 信用金庫 労働金庫 農協	本店 営業部 支店 支所 出張所	
口座種別	普通・当座・貯蓄	口座番号	

捨印

捨印

第 6 号様式

浜松市指令 第 号
年 月 日

交付申請者 様

浜松市長 印

補助金の交付について（決定及び確定）

年 月 日付けで申請があった浜松市不育症治療費補助金の交付について、次のとおり決定し、及び確定します。

記

交付額 円


注

- 1 補助事業の完了により当該補助事業者に相当の収益が生じると認められる場合においては、当該補助金の交付の目的に反しない場合に限り、その交付した補助金の全部又は一部に相当する金額を市に納付すること。
- 2 規則第 17 条第 1 項の規定により補助金の交付の決定の取消しを受け、補助金の返還の請求を受けたとき又は当該返還の期限までに納付しなかったときは、規則第 18 条の 2 の規定に基づき、加算金又は遅延損害金を市に納付すること。
- 3 補助金の返還の請求を受け、当該補助金、加算金又は遅延損害金の全部又は一部を納付しない場合、規則第 18 条の 3 の規定に基づき、他の交付すべき補助金についてその交付を一時停止し、又は未納額との相殺をする場合がある。

第7号様式

浜松市指令第 号
年 月 日

交付申請者 様

浜松市長 

補助金の交付を行わない旨の通知書

年 月 日付けで申請があった浜松市不育症治療費補助金の交付については、下記の理由によりこれを行わないこととしたので、通知します。

記

理由