新潟市不育症治療費助成事業実施要綱

（目的）

第１条　この要綱は、新潟市補助金等交付規則（平成１６年新潟市規則第１９号。）に定めるもののほか、不育症治療を受けた夫婦（以下「夫婦」という。）に対し、その治療に要する費用の一部を助成することにより、不育で悩む夫婦の経済的負担の軽減を図り、安心してこどもを妊娠、出産できるよう支援することを目的として交付する助成金に関して必要な事項を定めるものとする。

（定義）

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

（１）不育症　妊娠はするものの、流産、死産、新生児死亡等を繰り返す症状をいう。

（２）医療保険各法　次に揚げる法律をいう。

ア　健康保険法（大正１１年法律第７０号）

イ　船員保険法（昭和１４年法律第７３号）

ウ　国民健康保険法（昭和３３年法律第１９２号）

エ　国家公務員共済組合法（昭和３３年法律第１２８号）

オ　地方公務員等共済組合法（昭和３７年法律第１５２号）

カ　私立学校教職員共済法（昭和２８年法律第２４５号）

（３）治療期間　不育症の原因を特定するための検査及び治療を開始した日からその妊娠に関する出産、流産又は死産に伴い治療が終了するまでの期間をいう。

（４）自己負担額　医療保険各法に定める療養の給付を受ける際に支払うこととされている一部負担金の額（高額療養費の支給その他一部負担金の軽減を図る医療保険各法の給付がある場合は、その額を控除した額）をいう。

（対象者）

第３条　この要綱に基づく助成の対象となる者は、治療開始時点において夫婦であって、

次の各号の全てに該当するものとする。（事実婚にある者も対象とする。）

（１） 医療機関において不育症と診断され、治療の必要が認められた者であること。

（２） 治療期間及び第６条の規定による申請をした日に、夫婦または妻が新潟市内に住所を有していること。

（助成対象となる医療費）

第４条　助成の対象となる医療費は、医療保険各法が適用される次に掲げるものとする。

（１） 医療機関において不育症又はその疑いがあると診断された対象者が不育症の原因を特定するための検査

（２）不育症の治療

２　市長は、前項に掲げる医療費の自己負担額の一部を助成する。ただし、入院時の差額ベッド代、食事代、文書料、交通費、処方箋によらない医薬品等の費用は助成の対象としない。

（助成金の額及び期間）

第５条　市長は、１回の治療期間につき助成の対象となる医療費の自己負担額に２分の１を乗じた額を助成するものとし、その上限を１０万円とする。ただし、算出された額に１円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。

（助成金の申請）

第６条　助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、別記様式第１号による申請書、別記様式第２号による証明書のほか市長が必要と認める書類を添付し、市長に申請を行わなければならない。ただし、第６条第２項の申請期限までに必要な添付書類が提出できない場合は、別記様式第１号を申請期限までに提出し、その他書類は後日提出できるものとする。

２　助成の申請の期限は、原則として、治療が終了した日から起算して３か月以内とする。ただし、２月１日から３月３１日までの間のいずれかの日に不育症治療が終了した者の助成の申請の期限は、当該不育症治療が終了した日の属する年度の翌年度の４月３０日

とする。

（助成の決定）

第７条　市長は、前条第１項の申請書を受理したときは、速やかにこれを審査し、助成の可否及び金額について書面をもって申請者に通知する。

（助成金の返還）

第８条　市長は、虚偽その他の不正手段によりこの要綱に基づき交付する助成金を受けた者に対して、新潟市が交付した助成金の全部又は一部の返還を命ずることができる。

（その他）

第９条　この要綱で定めるもののほか、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２８年４月１日から施行する。

附　則

（施行期日）

１　この要綱は、平成３０年４月１日から施行する。

（経過措置）

２　この要綱の施行の際、現にある改正前の別記様式第２号による用紙については、当分の間これを使用することができる。

附　則

この要綱は、令和３年４月６日に施行し、令和２年１２月２５日から適用する。

附　則

この要綱は、令和４年４月１日から施行する。

附　則

（施行期日）

１　この要綱は、令和７年４月１日から施行する。

（経過措置）

２　この要綱の施行の際、現にある改正前の別記様式第２号、別記様式第３号による用紙については、当分の間これを使用することができる。

別記様式第１号

新潟市不育症治療費助成事業申請書

年　　月　　日

（宛先）新潟市長

申請者（受診者）
住　所　　新潟市
氏　名

関係書類を添えて不育症治療費の助成を申請します。

新潟市が審査に必要な範囲で、住民基本台帳を閲覧すること、治療状況に関して実施医療機関に照会すること、妊産婦医療費助成受給の調査をすること、他の自治体における助成状況を照会すること、他の自治体からの照会に回答することに同意します。

助成金給付後に、他の助成（高額療養費・付加給付等）を受けていることが判明した場合は、納期限までに助成金の全部又は一部を返還することに同意します。

<table>
<tr><td>交付
申請額</td><td colspan="6">ア 出産等を扱った医療機関　＿＿＿＿円（自己負担額）
イ 検査・治療のみ実施した医療機関　＿＿＿＿円（自己負担額）
ウ 保険薬局　＿＿＿＿円（自己負担額）
自己負担額合計（ア＋イ＋ウ）＿＿＿＿円
交付申請額（自己負担額合計の 1/2）＿＿＿＿円（助成上限額 10 万円）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">受診者
本　人</td><td>住　所</td><td colspan="5">〒</td></tr>
<tr><td>（ふりがな）
氏　名</td><td colspan="2">（　　）</td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>加　入
医療保険</td><td>種　別</td><td colspan="2">□国保　□健保　□船員
□共済　□その他</td><td>区　分</td><td>□本人
□被扶養者</td></tr>
<tr><td>メールアドレス</td><td colspan="3"></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">配偶者</td><td>住　所</td><td colspan="5">〒　　※受診者と異なる場合のみ記載</td></tr>
<tr><td>（ふりがな）
氏　名</td><td colspan="2">（　　）</td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">今回申請する不育治療に対する、高額療養費や付加給付の有無</td><td>高額療養費</td><td colspan="5">□受給有り　□受給手続中（自動支給の場合の支給待ちを含む）
□受給無し</td></tr>
<tr><td>付加給付</td><td colspan="5">□受給有り　□受給手続中（自動支給の場合の支給待ちを含む）
□受給無し（加入医療保険に付加給付の制度が無い場合を含む）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">振込先
（申請者本人の口座に限る）</td><td>金融機関名</td><td colspan="4">銀行・信用組合　本店
農協・信用金庫　支店</td><td>□普通
□当座</td></tr>
<tr><td>口座番号
（左詰記入）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>（ふりがな）
口座名義人</td><td>（　　）</td></tr>
</table>

※新潟市で確認できない場合は、証明書類（住民票の写しや戸籍謄本等）の提出が必要です。

【添付書類の説明等を裏面に記載しています。裏面も必ずご確認ください。】

別記様式第２号

新潟市不育症治療費助成事業受診証明書

年　　月　　日

（宛先）新潟市長

医療機関等※1　（主治医の自署又は記名押印）
所在地
名　称
代表者　　印

下記のとおり不育症治療を実施し、自己負担額を領収したことを証明します。

今回証明する医療機関等	□出産等を扱った医療機関　□検査・治療のみ実施した医療機関　□保険薬局		
（ふりがな） 受診者氏名	（　　）	生年月日	年　月　日
今回の治療期間	年　月　日 ～　年　月　日		
保険診療に要した総点数	点	保険診療分の自己負担額	円

自己負担等の内訳	保険診療分　**※不育症治療に係るもののみ記入**		
	区分	診療点数	負担金額
	年　４月分	点	円
	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		

不育症治療が必要な理由と治療内容※2	該当する理由にチェックし、詳細を記載してください。 □免疫異常　□内分泌異常　□夫婦染色体異常　□子宮異常 □その他［　　］ 治療内容 ［　　］
治療結果※2	□生産　□流産等
特記事項	

※1　院外処方がある場合は、医療機関と保険薬局それぞれに証明書を作成してください。

※2　検査・治療のみ実施した医療機関、保険薬局の場合は記載不要です。

裏面の記載をお読みください

別記様式第３号

事実婚関係に関する申立書

（宛先）新潟市長

＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

下記二名については、事実婚関係にあるため、両人それぞれの戸籍謄本を添えて申し立てます。

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□ 治療の結果、出生した子について認知を行う意向があります。

以下、別世帯になっている場合に記入が必要

※別世帯になっている理由

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿