

新潟市不育症治療費助成事業実施要綱

(目的)

第1条 不育症治療を受けた法律上の婚姻をしている夫婦（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、安心して子どもを妊娠、出産できるよう支援することを目的とする。

(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 次に掲げる法律をいう。

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。

(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法律上の婚姻をしている夫婦であって、次の各号の全てに該当するものとする。

(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。

(3) 医療保険各法に基づく被保険者もしくは組合員又は被扶養者。

(4) 夫及び妻の前年の所得（1月から5月までの申請については前々年の所得）の合計額が730万円未満であること。この場合において、所得の範囲については児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第2条を、所得の額の計算については同令第3条をそれぞれ準用する。

（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号による申請書に別記様式第2号又は別記様式第3号による証明書のうち必要な様式を添付し、市長に申請を行わなければならない。

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。

3 前項の場合において、助成の申請の期限に当たる日が、新潟市の休日を定める条例（

平成元年新潟市条例第35号)に規定する休日(以下「休日」という。)に当たる場合は、その日前において最も近い休日でない日とする。

(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。

(留意事項)

第8条 事業の実施に当たっては、申請者のプライバシーの保護について、十分留意しなければならない。

(助成金の返還)

第9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10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。

新潟市不育症治療費助成事業申請書

関係書類を添えて、下記のとおり不育症治療費の助成を申請します。

年 月 日

(宛先) 新潟市長

※太枠内をご記入ください

申請者(夫)	(ふりがな) 氏名	()			
	生年月日	年	月	日	(歳)
申請者(妻)	(ふりがな) 氏名	()			
	生年月日	年	月	日	(歳)
住 所		〒			
住所(夫婦の住所が異なる場合)		〒			
日中の連絡先	() 夫・妻・職場・その他()				
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				
過去の助成金 受給の有無	1 有 2 無	「有」の場合過去に 助成を受けた自治体 及び助成額	自治体名	年 度	回 数
				平成 年度	回
				平成 年度	回
<p>・不育症治療費助成申請の助成金の支給を受けるために、審査に必要な範囲で、夫婦の住民基本台帳、税務情報について、調査・閲覧することに同意します。また、医療機関へ必要事項を確認する場合があることに同意します。同意した調査で確認できない場合は、必要書類を提出します。</p> <p>・今回の申請は、その他の助成申請の医療費と重複していません。</p> <p style="text-align: center;">氏名 夫 _____ 妻 _____</p> <p style="text-align: right;">申請額 金 _____ 円</p>					
振 込 先	金融機関名	銀行	支店	普通 当座	口座番号
	(ふりがな) 口座名義人	()			

【添付書類】①新潟市不育症治療費受診等証明書(別記様式第2号)

※保険薬局で投薬を受けた方は、上記の他別記様式第3号

②領収書及び診療明細書

③夫婦の健康保険証の写し

新潟市不育症治療費助成事業受診証明書

（宛先）新潟市長

受診者			生年月日			
診断及び治療を実施し 出産等を扱った医療機関 (異なる医療機関が治療を実施した場合は以下の※欄に記してください。)	治療期間	年 月 日～ 年 月 日				
	治療費	円	院外処方	有 ・ 無		
	治療が必要な理由と治療内容	該当する理由にチェックし、詳細を記載してください。 <input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 子宮異常 <input type="checkbox"/> その他 [] 治療内容 []				
	治療結果	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 流産等				
	上記のとおり、不育症治療等を行ったことを証明します。 年 月 日 所在地 医療機関 名称 主治医氏名 印					
※検査及び治療を実施した医療機関	治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
	治療費	円	院外処方	有 ・ 無		
	治療が必要な理由と治療内容	該当する理由にチェックし、詳細を記載してください。 <input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 子宮異常 <input type="checkbox"/> その他 [] 治療内容 []				
	上記のとおり、不育症治療等を行ったことを証明します。 年 月 日 所在地 医療機関 名称 主治医氏名					

（注1）「※検査及び治療を実施した医療機関」の欄は、夫が不育症の原因を特定するための検査を行った場合に記載してください。

（注2）「院外処方」の欄は、医療機関で院外処方を出した場合「有」に丸をしてください。「無」の場合、調剤薬局の調剤費は含みません。

（注3）治療費は、不育症治療に関する保険診療の検査料、治療費をいいます。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、その他直接不育症治療に関係ないものは含みません。

（注4）検査費用については、不育症の原因を特定するために検査を行い、その後不育症治療を受ける場合は、助成対象になりますが、治療に至らなかった場合は助成対象になりません。

新潟市不育症治療費助成事業証明書（保険薬局用）

（宛先）新潟市長

氏名			生年月日	年	月	日			
調剤期間	年		月	日	から	年	月	日	
不育症治療に要した総点数	点		保険診療分の本人負担額				円		
本人負担等の内訳	保 険 診 療 分			※不育症治療にかかわる負担額のみ記載してください。					
	区 分	調 剤 点 数	負 担 金 額						
	年 月分	点	円						
	年 月分	点	円						
	年 月分	点	円						
	年 月分	点	円						
	年 月分	点	円						
	年 月分	点	円						
	年 月分	点	円						
	年 月分	点	円						
	年 月分	点	円						
	年 月分	点	円						
	年 月分	点	円						
	年 月分	点	円						
上記のとおり、領収したことを証明します。							年	月	日
保険薬局	所在地	名称	電話番号						