

新潟市不妊治療費助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、こどもを持ちたいという夫婦の不妊治療費用の一部を助成することにより、その経済的負担の軽減を図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) 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）

(2) 先進医療 厚生労働大臣が先進医療として告示した治療及び技術をいう。

(3) 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。

(4) 夫婦 法律上の婚姻関係の者、又は事実婚関係にある者をいう。

(5) 事実婚関係 他に法律上の配偶者を有しておらず、事実婚関係にあること及び不妊治療の結果、出生した子について認知を行う意向がある者をいう。

(助成対象者)

第3条 助成金の支給の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、次の各号の全

てに該当するものとする。

(1) 助成金の交付の申請日（以下「申請日」という。）において新潟市に住所を有していること。

(2) 申請日において、夫婦であること。

(助成対象治療)

第4条 助成金の対象となる治療（以下「助成対象治療」という。）は、助成対象者が受けた不妊治療であって、次の各号に該当するものとする。

(1) 医療保険各法に規定する保険給付の対象となるもの

(2) 前号と併用して行われた先進医療

(実施医療機関)

第5条 助成対象治療の実施医療機関は、次の各号に該当するものとする。

(1) 第4条第1号は、厚生労働大臣が指定する保険医療機関

(2) 第4条第2号は、厚生労働省地方局へ届出または承認された医療機関

(助成対象経費)

第6条 助成金の支給対象となる費用（以下「助成対象経費」という。）は、助成金の支給を申請する年度（以下「申請年度」という。）において受けた、次の各号に該当するものとする。

(1) 第4条第1号に係る医療費及び保険薬局で投薬された費用の自己負担額

(2) 第4条第2号に係る医療費及び保険薬局で投薬された費用の自己負担額

2 前項の規定にかかわらず、次に掲げる費用は、助成対象経費としない。

(1) 入院時の食事代、差額ベッド代、文書料、交通費その他当該対象治療と関係しない費用

(2) 処方箋によらない医薬品等の費用

3 当該助成対象治療について、新潟市の本要綱以外又は国若しくは他の地方公共団体が

ら助成等を受けることができる場合は、当該助成等の額は、補助対象経費額から控除するものとする。

(助成金の額)

第7条 助成金の額は、第6条第1項の助成対象経費の額にそれぞれ2分の1を乗じた額とし、各年度においての上限額は、次の各号に該当するものとする。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。

(1) 第6条第1項第1号は、4万円

(2) 第6条第1項第2号は、3万円

(助成金の申請)

第8条 助成金の支給を受けようとする助成対象者は、新潟市不妊治療費助成事業申請書(別記様式第1号)に次の各号の書類を添付して、市長に申請しなければならない。

(1) 新潟市不妊治療費助成事業受診証明書(別記様式第2号)

(2) 事実婚関係にある場合は、両人の戸籍謄本及び事実婚関係に関する申立書(別記様式第3号)

(3) 助成金を受給する口座情報が分かる書類

(4) 夫婦の住所が異なる場合は、戸籍謄本

(5) 前各号に定める書類のほか、市長が必要と認める書類

2 助成金の申請は、各年度において1回限りとする。

3 助成金の申請は、治療を受けた年度の年度末までに行わなければならない。ただし、必要な添付書類が提出できない場合は、新潟市不妊治療費助成事業申請書(別記様式第1号)を、治療を受けた年度の年度末までに新潟市長に提出しなければならない。この場合、添付書類は後日提出できるものとする。

(助成の決定)

第9条 市長は、第8条の申請があったときは、審査を行い、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10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11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、令和7年4月1日から施行する。

新潟市不妊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妊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、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。

申請の種類	以下のいずれかにチェックしてください ☐ 一般不妊治療(タイミング法・排卵誘発法・人工授精) ☐ 生殖補助医療(体外受精・顕微授精・融解胚移植・男性不妊治療) ☐ 先進医療(保険適用と併用)									
交付申請額	ア 保険診療 _____ 円(保険薬局分含む自己負担額) イ 先進医療 _____ 円(保険薬局分含む自己負担額) 交付申請額 アの1/2(上限4万円) _____ 円 イの1/2(上限3万円) _____ 円 (アの1/2、イの1/2の合計) _____ 円									
受診者本人	住 所	〒 _____								
	(ふりがな)氏 名	(_____)			生年月日	年 月 日				
	加 入 医療保険	種 別	☐ 国保 ☐ 健保 ☐ 船員 ☐ 共済 ☐ その他			区 分	☐ 本人 ☐ 被扶養者			
	メールアドレス						電話番号			
配偶者	住 所	〒 _____ ※受診者と異なる場合のみ記載								
	(ふりがな)氏 名	(_____)			生年月日	年 月 日				
今回申請する不妊治療に対する、高額療養費や付加給付の有無	高額療養費	☐ 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								
	付加給付	☐ 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)								
振込先 (申請者本人の口座に限る)	金融機関名	銀行・信用組合 本店 農協・信用金庫 支店						☐ 普通 ☐ 当座		
	口座番号 (左詰記入)							(ふりがな) _____ 口座名義人	(_____)	

※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。】

新潟市不妊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

下記のとおり不妊治療を実施し、自己負担額を領収したことを証明します。

(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	ア 保険診療分の自己負担額	円	
イ 先進医療に係る自己負担額	円	ア + イ 合計金額	円	
自己負担等の内訳	保険診療分 ※不妊治療に係るもののみ記入			先進医療の自己負担額
	区分	診療点数	負担金額	
	年 4 月分	点	円	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			
	不妊治療の内容 ※2	治療法の該当箇所にチェックし、実施回数を記入してください		
□検査 実施 () 回 □体外受精 実施 () 回 □タイミング法 実施 () 回 □顕微授精 実施 () 回 □排卵誘発法 実施 () 回 □融解胚移植 実施 () 回 □人工授精 実施 () 回 □男性不妊治療 実施 () 回 □その他 () □先進医療 () に実施した医療技術名を記入してください ()				
妊娠の有無※2	□有 □無 □治療継続中 □治療中止・中断 □未確認			
特記事項				

※1 院外処方薬の薬代に対する助成を希望する場合は、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 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

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
