

魚津市告示第98号

魚津市特定不妊治療費助成事業実施要綱の一部改正について  
魚津市特定不妊治療費助成事業実施要綱（平成16年魚津市告示第30号）の  
一部を次のように改正する。

令和4年7月27日

魚津市長 村椿 晃

要綱中「特定不妊治療」を「不妊治療」に改める。

第1条中「体外受精、顕微授精及び男性不妊治療による不妊治療」を「一般不妊治療又は生殖補助医療」に、「夫婦に限る」を「婚姻をしている夫婦又は事実婚状態である夫婦」に改め、「の一部」を削る。

第2条の見出しを「（助成対象者）」に改め、同条第2項を次のように改める。

2 助成金の交付を受けることができる夫婦（以下「対象者」という。）は次に掲げる全ての要件を満たすものとする。

（1） 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）の規定による被保険者又は次に掲げる法律の規定による被保険者、組合員、加入者若しくは被扶養者であること。

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 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245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）

（2） 生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けていないこと。

（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歳未満であること。

（4） 夫婦の両方又はいずれかが住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）により魚津市の住民基本台帳に記録され、かつ、助成の申請をした日において魚津市内に居住していること。

（5） 市税等の滞納がないこと。

第3条から第5条までを次のように改める。

(助成対象の治療)

第3条 助成の対象となる治療は次の各号に掲げる治療とする。

- (1) 前条第2項第1号に掲げる各法の規定に基づく保険給付(以下「保険給付」という。)の対象となる不妊治療
- (2) 前号の治療を受けた場合において、回数制限により保険給付の対象外となった不妊治療

(助成金額)

第4条 助成金の額は、前条に規定する助成の対象となる治療に係る費用の全額から次に掲げる額を差し引いた額とする。

- (1) 保険給付額
- (2) 保険給付に併せて、これに準ずる給付を行う旨の規定がある場合は、当該規定に基づき給付を受けることができる額
- (3) 他の法令等の規定により国又は地方公共団体の負担において医療に関する給付を受けることのできる時は、その額
- (4) 食事療養費の額、文書料及び差額ベッド代

(交付の申請)

第5条 この要綱による助成を受けようとする対象者は、治療が終了した日から6月以内に不妊治療費助成金交付申請書兼請求書(様式第1号)(以下「申請書」という。)に次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。

- (1) 不妊治療医療機関証明書(様式第2号)
- (2) 医療機関及び院外処方薬局の発行する領収書
- (3) 不妊治療を受けた者に係る健康保険証等の写し
- (4) 限度額適用・標準負担額減額認定証
- (5) 戸籍謄本(魚津市において同居していない場合に限る。)
- (6) 事実婚関係に関する申立書(様式第3号)(事実婚の場合に限る。)

様式第1号及び様式第2号を次のように改める。

様式第1号（第5条関係）

魚津市不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

魚津市長 あて

〒

申請者 住所

氏名

(電話番号)

魚津市不妊治療費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

住 所	魚津市		
夫氏名	生年月日	年 月 日	( 歳)
妻氏名	生年月日	年 月 日	( 歳)
住所 (申請者同一世帯でない場合)	(夫・妻)		
助成申請金額	不妊治療費	男性不妊治療費	備 考
	助成対象経費	円	円
	助成申請額	円	円
			※不妊治療に係る自己負担額

助成金の振込先 (口座は申請者のものであること)	金融機関名		支店名	
	預金種別	1普通 2当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

魚津市長あて

この申請に必要な要件を確認するため、住民基本台帳の状況及び他の助成等の受給状況を調査することに同意します。

夫氏名

妻氏名

※同意されない場合は、婚姻関係、住所及び住民となった日を確認できる書類、受給状況を確認できる書類を提出ください。

様式第2号（第5条関係）

不妊治療医療機関証明書

年 月 日

医療機関名  
所在地  
医師名  
(電話番号)

次のとおり、不妊治療を実施したことを証明します。

住 所	魚津市		
夫氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
妻氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
治療方法	<input type="checkbox"/> 体外受精 ・ <input type="checkbox"/> 顕微授精 ・ <input type="checkbox"/> 男性不妊 (該当する生殖補助治療にチェックしてください。)		
主な治療内容			
治療期間	年 月 日～ 年 月 日		
治療費	不妊治療費助成対象金額 _____ 円 ※保険適用となる不妊治療に要した費用の自己負担分（回数制限により保険給付の対象外となった不妊治療に要した費用を含む。） ただし、医療保険各法の規定による給付を受けることができる場合は、当該給付の額を控除した額とするが、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」の額を上限とする。		

【備考】

- 1 主治医が記入してください。
- 2 治療費は、食事療養費の額、文書料及び差額ベッド代は含みません。

様式第 2 号の次に次の 1 様式を加える。

様式第3号（第5条関係）

事実婚関係に関する申立書

年 月 日

魚津市長あて

住所  
氏名

下記2名については、事実婚関係にあります。  
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。

〈①申請者〉

住 所

---

ふりがな  
氏 名

---

〈②申請者〉

住 所

---

ふりがな  
氏 名

---

○別世帯になっている理由（上記①と②が別世帯となっている場合に記入）

---

---

---

---

---

附 則

(施行期日)

- 1 この告示は、公表の日から施行し、令和4年4月以降に治療を開始した分の申請から適用する。

(経過措置)

- 2 改正後の魚津市不妊治療費助成事業実施要綱は、令和4年4月1日以降に治療を開始した者に適用し、令和4年3月31日までに治療を開始し、令和5年3月31日までに当該治療が終了する者に対する助成については、なお従前の例による。