

魚津市告示第81号

魚津市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6年4月1日

魚津市長 村椿 晃

| 改正後 | 改正前 |
|--|---|
| <p>第1条・第2条 (略)</p> <p>(助成対象の治療)</p> <p>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。</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p><u>(3) 健康保険法(大正11年法律第70号)第63条第2項第3号に規定する評価指標のうち、厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準(平成20年厚生労働省告示第129号)第2に掲げる先進医療の対象である不妊治療</u></p> <p>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。<u>ただし、前条第3号の治療に係る費用については、同一年度内の助成金の額の上限を20万円とする。</u></p> <p>(1)－(4) (略)</p> <p>(交付の申請)</p> <p>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。</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p><u>(3) (略)</u></p> <p><u>(4) (略)</u></p> <p><u>(5) (略)</u></p> <p>第6条－第8条 (略)</p> <p>様式第1号(第5条関係) 【別記1】</p> <p>様式第2号(第5条関係) 【別記2】</p> <p>様式第3号(第5条関係) 【別記3】</p> | <p>第1条・第2条 (略)</p> <p>(助成対象の治療)</p> <p>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。</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>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。</p> <p>(1)－(4) (略)</p> <p>(交付の申請)</p> <p>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。</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p><u>(3) 不妊治療を受けた者に係る健康保険証等の写し</u></p> <p><u>(4) (略)</u></p> <p><u>(5) (略)</u></p> <p><u>(6) (略)</u></p> <p>第6条－第8条 (略)</p> <p>様式第1号(第5条関係) 【別記1】</p> <p>様式第2号(第5条関係) 【別記2】</p> <p>様式第3号(第5条関係) 【別記3】</p> |

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 宛
干
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 | 備 考 |
| | 助成対象経費 | 円 | ※不妊治療に係る自己負担額 |
| | 助成申請額 | 円 | ※対象外となる経費を差し引いた金額 |

| | | | | |
|-----------------------------|-------|---------|------|--|
| 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 宛
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 | ※不妊治療に係る自己負担額 |
| | 助成申請額 | 円 | 円 | |

| | | | | |
|--|-------|---------|------|--|
| 助成金の振込先 <small>(口座は申請者のものであること)</small> | 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"/> 一般不妊（タイミング法・人工授精） <input type="checkbox"/> 生殖補助医療（体外受精・顕微授精・凍結融解胚移植・男性不妊） <input type="checkbox"/> 先進医療 (該当する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、「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（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 <u>生殖補助治療</u> 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、「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

宛

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）

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6年4月1日から適用する。

(経過措置)

- 2 この告示の施行の際、この告示による改正前の要綱の様式により使用されている書類は、この告示による様式によるものとみなす。