

茨木市不育症治療費助成事業実施要綱

(趣旨)

第1 この要綱は、不育症と診断され治療を受けている市民の経済的負担を軽減するため治療に係る費用を助成する事業について必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2 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 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 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）

カ 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）

(3) 治療期間 医療機関における不育症の治療（以下「治療」という。）を開始した日から当該妊娠に関する出産、流産若しくは死産又は治療を受けている配偶者の死亡に伴い治療が終了するまでの期間をいう。

(対象者)

第3 助成の対象者は、次の要件のいずれにも該当する夫婦とする。

(1) 第6の規定による申請をした日（以下「申請日」という。）の1年以上前から、夫婦のいずれもが住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づき本市の住民基本台帳に記録されていること

(2) 治療期間中、夫婦のいずれもが住民基本台帳法に基づき本市の住民基本台帳に記録されていること。

(3) 治療期間中、婚姻関係（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合であって、夫婦のいずれにも法律上の婚姻関係にある者がいない場合を含む。）にあること。

(4) 申請日において、1 治療期間が終了していること。

(5) 治療期間中及び申請日において、夫婦のいずれもが医療保険各法に規定する被保険者、組合員又は被扶養者であること。

(6) 申請日において、夫婦のいずれもが本市に納付すべき税を滞納していないこと。

2 前項の規定にかかわらず、治療開始後に配偶者が死亡した者について、次の要件

のいずれにも該当する場合は、助成の対象者とする。

- (1) 申請日の1年以上前から、住民基本台帳法に基づき本市の住民基本台帳に記録されていること。
- (2) 治療期間中、住民基本台帳法に基づき本市の住民基本台帳に記録されていること。
- (3) 治療を開始した日までに、死亡した配偶者と婚姻関係（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合であって、夫婦のいずれにも法律上の婚姻関係にある者がいない場合を含む。）にあったこと。
- (4) 申請日において、1治療期間が終了していること。
- (5) 治療期間中及び申請日において、医療保険各法に規定する被保険者、組合員又は被扶養者であること。
- (6) 申請日において、本市に納付すべき税を滞納していないこと。
- (7) 死亡した配偶者が次の要件のいずれにも該当すること。

ア 治療を開始した日から死亡した日までの間、住民基本台帳法に基づき本市の住民基本台帳に記録されていること。

イ 治療を開始した日から死亡した日までの間、医療保険各法に規定する被保険者、組合員又は被扶養者であること。

（助成の対象となる費用）

第4 助成の対象となる費用は、日本国内の医療機関において対象者が受けた不育症の治療に係る費用とする。ただし、次に掲げる費用は、助成の対象としない。

- (1) 医療保険各法の規定に基づき支給される医療保険又は生活保護法（昭和25年法律第144号）第15条に規定する医療扶助若しくは中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）第14条に規定する医療支援給付の適用対象となる治療に係る費用
- (2) 検査に係る費用
- (3) 入院時の差額ベッド代、食事代、文書料、交通費等の費用

（助成額及び回数）

第5 助成額は、1治療期間ごとに第4に規定する助成の対象となる費用に2分の1を乗じて得た額又は300,000円のいずれか少ない額とする。ただし、1,000円未満の端数があるときは、これを切り捨てる。

2 助成の回数は、1対象者当たり3回を上限とする。

（助成の申請）

第6 助成を受けようとする者（対象者が夫婦である場合は、夫婦のうちのいずれかの者とする。以下この項及び第7において「申請者」という。）は、1治療期間終了後、茨木市不育症治療費助成金申請書兼請求書（様式第1号）に次に掲げる書類

を添付して市長に申請しなければならない。ただし、申請者の同意（対象者が夫婦である場合は、申請者でない者の同意を含む。）を得た上で本市においてその内容が確認できる場合は、当該書類の添付を省略することができる。

- (1) 対象者の住民票の写し
- (2) 茨木市不育症治療医療機関証明書（様式第2号）
- (3) 医療機関が発行した治療に係る費用の領収書その他治療に係る費用の支払を証する書面
- (4) 対象者の医療保険各法の規定に基づく被保険者若しくは組合員又は被扶養者であることの証明書
- (5) 対象者の市税完納証明書
- (6) 婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあり、又はあった夫婦にあつては、事実婚関係に関する申立書（様式第3号）
- (7) その他市長が必要と認める書類

2 前項の申請は、1 治療期間の終了した日から6か月以内に行わなければならない。（交付決定等）

第7 市長は、第6の規定による申請があつたときは、その内容を審査し、茨木市不育症治療費助成金交付（不交付）決定通知書（様式第4号）により、申請者に通知するものとする。

2 市長は、前項の規定により助成金の交付を決定したときは、申請者に助成金を支払うものとする。（不正利得の返還）

第8 市長は、偽りその他不正の手段により助成金の支払を受けた者があるときは、その者から支払った助成額に相当する額の全部又は一部を返還させることができる。（その他）

第9 この要綱に定めのない事項については、市長が別に定める。

附 則

（実施期日）

1 この要綱は、平成25年4月1日から実施する。

（経過措置）

2 この要綱の実施の際現に治療を受けている場合の第2第3号の規定の適用については、同号中「医療機関における不育症の治療（以下「治療」という。）を開始した日」とあるのは、「平成25年4月1日以後最初に医療機関における不育症の治療（以下「治療」という。）を受けた日」と読み替えるものとする。

附 則

(実施期日)

- 1 この要綱は、平成26年4月1日から実施する。
(経過措置)
- 2 この要綱による改正後の茨木市不育症治療費助成事業実施要綱第6第2項の規定は、この要綱の実施の日以後の申請について適用し、同日前の申請については、なお従前の例による。

附 則

(実施期日)

- 1 この要綱は、平成27年9月1日から実施する。
(経過措置)
- 2 この要綱の実施の際、この要綱による改正前の茨木市不育症治療費助成事業実施要綱によって定められていた様式による用紙がある場合には、当分の間所要の調整をして、これを使用することを妨げない。

附 則

(実施期日)

- 1 この要綱は、令和元年5月1日から実施する。
(経過措置)
- 2 この要綱の実施の際、この要綱による改正前の茨木市不育症治療費助成事業実施要綱によって定められていた様式による用紙がある場合には、当分の間所要の調整をして、これを使用することを妨げない。

(実施期日)

- 1 この要綱は、令和4年4月1日から実施する。
(経過措置)
- 2 この要綱による改正後の茨木市不育症治療費助成事業実施要綱の規定は、この要綱の実施の日以後に終了する治療について適用し、同日前に終了した治療については、なお従前の例による。
- 3 この要綱の実施の際、この要綱による改正前の茨木市不育症治療費助成事業実施要綱によって定められていた様式による用紙がある場合には、当分の間所要の調整をして、これを使用することを妨げない。

茨木市不育症治療費助成金申請書兼請求書

（申請先）茨木市長

次のとおり、不育症の治療に係る費用の助成を関係書類を添えて申請します。

申請日		年 月 日							
申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日				
	氏名	Ⓜ							
	住所	茨木市 電話番号 () -							
配偶者	フリガナ			生年月日	年 月 日				
	氏名	Ⓜ							
	住所	茨木市 ※申請者と異なる場合のみ記入してください。電話番号 () -							
今までの助成状況		今まで茨木市で不育症治療費の助成を受けたことが ない ・ ある 【ある場合】 () 年 () 月頃、 () 年 () 月頃							
不育症治療に要した費用 (A)		百	十	万	千	百	十	一	円
申請額 [(A) × 1 / 2 と 300,000円とのいずれか少ない額 (1,000円未満切り捨て)]		十	万	千	百	十	一	円	

助成金の交付を決定したときは、次の口座へ振り込んでください。

振込申請先者口座名義	金融機関名	銀行 金庫 農協	店名	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	フリガナ	
	口座番号		口座名義	

〔同意〕

助成要件の審査のために必要があるときは、私及び私の配偶者の住民基本台帳、市税の納付状況に関する情報を茨木市長が閲覧することに同意します。

また、関係医療機関に対し、治療の内容及び費用について茨木市長が確認することに同意します。

申請者 _____ Ⓜ 配偶者 _____ Ⓜ

茨木市不育症治療医療機関証明書

次のとおり、不育症の治療を実施し、これに係る治療費を領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医氏名

⑩

受診者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	茨木市		
今回の治療期間		年 月 日	～	年 月 日
不育症の治療の理由		<p>（当該受診者について、該当するものにチェックし、詳細をカッコ内に記載してください。）</p> <p><input type="checkbox"/> 免疫異常 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 内分泌異常 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 子宮形態異常 ()</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>		
主な治療内容				
院外処方の有無		（○を付けてください。） 有 ・ 無		
今回の治療にかかった保険適用外の金額（領収金額）		<p>（領収書で医療保険適用外のコリ額が確認できる場合は、記入は不要です。）</p> <p>今回の治療にかかった金額の合計 　　¥ 　　　　　円</p> <hr/> <p>※医療保険適用外のコリ療分に限ります。また、検査費用は含みません。 ※入院時の差額ベッド代、食事代、文書料などの直接治療にコリ係ない費用は含みません。</p>		

添付書類　：　今回の治療に係る医療機関発行の領収書・明細書

事実婚関係に関する申立書

（あて先）茨木市長

年 月 日

下記2人については、事実婚関係にあります。
また、治療の結果、出生した子について、認知を行います。

① 不育症治療費助成事業申請者の住所及び氏名

住所

氏名

② 不育症治療費助成事業配偶者の住所及び氏名

住所

氏名

※ 別世帯になっている場合は、その理由（①と②が別世帯となっている場合は記入）

[]

様式第4号（第7関係）

茨木市指令 第 号

住所

氏名

様

茨木市不育症治療費助成金交付（不交付）決定通知書

年 月 日付け申請の茨木市不育症治療費助成金について、
次のとおり決定したので通知します。

決定内容	交付 ・ 不交付
	交付決定額 円 (年 月 日に、申請者指定の口座に振り込みます。)
不交付の理由	
備考	

年 月 日

茨 木 市 長

