

## 石巻市不妊検査費助成事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、不妊検査を受ける夫婦（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（以下「事実婚」という。）にあるものを含む。）の経済的負担の軽減を図り、安心して子どもを産み育てることができる環境づくりを推進するため、不妊検査に要する費用の一部について、予算の範囲内において石巻市不妊検査費助成金（以下「助成金」という。）を交付するものとし、その交付等に関しては、石巻市補助金等の交付に関する規則（平成17年石巻市規則第47号）に定めるもののほか、この要綱の定めるところによる。

(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) 不妊検査 医師が不妊症の診断のために必要と認める検査をいう。
- (2) 検査開始日 夫又は妻が不妊検査を開始した日のいずれか早い日をいう。

(助成対象者)

第3条 助成金の交付の対象となる者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 第6条の規定による助成金の交付の申請をする日（以下「申請日」という。）において夫婦であること。
- (2) 検査開始日における妻の年齢が43歳未満であること。
- (3) 夫婦の双方が不妊検査を受けていること。
- (4) 申請日において、夫婦の一方又は双方が市内に住所を有すること。

(助成対象とする検査内容及び範囲)

第4条 助成金の交付の対象となる検査は、夫婦が受けた不妊検査とし、検査開始日から1年以内に受けたものとする。

(助成金の額及び助成回数)

第5条 助成金の額は、不妊検査に係る費用として医療機関に支払った額とし、3万円を限度とする。

2 助成回数は、1組の夫婦につき1回限りとする。

(助成金の交付申請)

第6条 助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、石巻市不妊検査費助成金交付申請書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて、市長に申請しなければならない。

- (1) 不妊検査費助成事業に係る受診等証明書（様式第2号）
- (2) 夫婦双方の住民票の写し（申請日前3月以内に発行されたもので、続柄の記載されたものに限る。）
- (3) 戸籍謄本（前号の規定により提出した住民票の写しにより夫婦であることが確認できる場合は、添付を省略することができる。）
- (4) 事実婚申立書（事実婚の場合）

- (5) 医療機関が発行する対象検査の領収書の写し
- (6) 振込口座確認書類（金融機関名、預金種別、口座名義及び口座番号が確認できる書類の写し）
- (7) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認めるもの

2 前項の規定による申請は、検査が終了した日又は検査開始日から1年を経過した日のいずれか早い日から3月以内に行わなければならない。ただし、市長が特別の事情があると認めた場合は、この限りでない。

（助成金の交付決定）

第7条 市長は、前条第1項の規定による申請があったときは、その内容を審査の上、助成金の交付の可否を決定し、石巻市不妊検査費助成金交付（不交付）決定通知書（様式第3号）により申請者に通知するものとする。

（交付決定の取消し）

第8条 市長は、前条の規定により助成金の交付決定の通知を受けた者が、偽りその他不正な手段により助成金の交付決定を受けたと認めるときは、当該助成金の交付決定の全部又は一部を取り消し、石巻市不妊検査費助成金交付決定取消通知書（様式第4号）により通知するものとする。

（助成金の返還）

第9条 市長は、前条の規定により助成金の交付決定を取り消した場合であって、当該取消しに係る部分について既に助成金が交付されているときは、期限を定めて当該助成金の返還を命ずるものとする。

2 市長は、前項の規定により助成金の返還を命ずるときは、石巻市不妊検査費助成金返還命令書（様式第5号）により通知するものとする。

（台帳の整備）

第10条 市長は、助成の状況を明確にするため、石巻市不妊検査費助成事業台帳を備え付け、助成の状況を整理するものとする。

（その他）

第11条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、令和6年7月1日から施行し、令和6年4月1日以後に検査を終了又は検査開始日から1年を経過した者から適用する。

様式第1号（第6条関係）

石巻市不妊検査費助成金交付申請書

年 月 日

石巻市長（あて）

石巻市不妊検査費助成金の交付を受けたいので、石巻市不妊検査費助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請者	ふりがな			年 月 日 （ 歳）	
	氏 名	( 夫 ・ 妻 )			
	現住所	〒 ー 電話 ( )			
配偶者	ふりがな			年 月 日 （ 歳）	
	氏 名	( 夫 ・ 妻 )			
	現住所 ※申請者と異なる場合のみ記入	〒 ー 電話 ( )			
検査開始日	年 月 日	検査終了日	年 月 日		
検査費用	円	申請額 (上限30,000円)	円		
振込先口座 (申請者の口座)	金融機関名		本・支店名		
	預金種別		口座番号(右詰め)		
	普通 ・ 当座				
	ふりがな				
	口座名義				
	各項目のチェック欄(□)に『✓』を入れてください。				
個人情報について	<input type="checkbox"/> 石巻市が本申請の審査に関して必要な申請者及び配偶者の住所等を住民基本台帳等で確認することに同意します。 <input type="checkbox"/> 石巻市が必要と判断した場合、医療機関等から検査などの情報について確認することに同意します。				
確認項目	<input type="checkbox"/> 婚姻関係(法律婚 ・ 事実婚) <input type="checkbox"/> 過去に他の地方公共団体において同様の助成を受けていない。 <input type="checkbox"/> 今回申請する検査費用について、他の地方公共団体及び他の事業による助成を受けていない。 <input type="checkbox"/> 夫と妻の両方が検査を受けている。				

#### 添付書類

- (1) 不妊検査費助成事業に係る受診等証明書（様式第2号）
- (2) 夫婦双方の住民票の写し（申請日前3月以内に発行されたもので、続柄の記載されたものに限る。）
- (3) 戸籍謄本（前号の住民票の写しにより夫婦であることが確認できる場合は、添付を省略することができる。）
- (4) 事実婚申立書（事実婚の場合）
- (5) 医療機関が発行する対象検査の領収書の写し
- (6) 振込口座確認書類（金融機関名、預金種別、口座名義及び口座番号が確認できる書類の写し）
- (7) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認めるもの

様式第2号（第6条関係）

不妊検査費助成事業に係る受診等証明書

年 月 日

医療機関の名称

所在地

電話番号

主治医氏名

（主治医の自署又は記名押印）

下記のとおり、不妊検査費助成事業の対象となる不妊検査を実施したことを証明します。

	夫	妻
(ふりがな) 受診者氏名	( )	( )
受診者生年月日	年 月 日	年 月 日
助成対象となる 検査期間（※1）	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで
助成対象となる検査に係る 患者負担（領収）額（※2）	（検査開始日から1年以内の患者負担額となります。） 円（うち本証明書への記載料： 円）	
検査内容	<input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 泌尿器科的検査 <input type="checkbox"/> その他 [ ]	<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 卵管疎通性検査 <input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡検査 <input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 <input type="checkbox"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> フーナーテスト <input type="checkbox"/> その他 [ ]

**医療機関御担当者様**

- この証明書は、『石巻市不妊検査費助成事業』において、申請者が助成金の交付を申請する際に必要な書類です。
- 証明書を発行していただく際は、下記注意事項に御留意の上、御記入くださるようお願いいたします。なお、記載内容等に御不明な点等がありましたら、石巻市役所担当課まで御連絡ください。

**【注意事項】**

- ①この助成は、医師が必要と認めた不妊検査が対象です。検査項目に指定はありません。
- ②夫と妻が同一の医療機関で検査した場合は、まとめて記入してください。

(※1) 貴医療機関において、助成対象となる不妊検査を行った期間を記入してください。夫婦双方の検査費用について記載する場合は、夫又は妻の検査開始日のいずれか早い日から、夫又は妻の検査終了日のいずれか遅い日までが証明すべき検査期間となります。ただし、検査期間が1年を超える場合の助成対象期間は、1年が限度となります。

(※2) 期間内に行った検査に要した費用のうち、自己負担（領収）額を記入してください。本証明書への記載料を徴収する場合は、その金額も含むことができます。

様式第3号（第7条関係）

石巻市（ ）指令第 号

住 所  
氏 名 様

石巻市不妊検査費助成金交付（不交付）決定通知書

年 月 日付けで申請のあった石巻市不妊検査費助成金の交付について、  
下記のとおり決定したので、石巻市不妊検査費助成事業実施要綱第7条の規定により通知  
します。

年 月 日

石巻市長



記

1 決定区分 交付 ・ 不交付

（不交付の場合は、その理由）

2 交付決定額 金 円

様式第4号（第8条関係）

石巻市（ ）指令第 号

住 所  
氏 名 様

石巻市不妊検査費助成金交付決定取消通知書

年 月 日付け石巻市（ ）指令第 号で交付決定した石巻市不妊検査費助成金については、石巻市不妊検査費助成事業実施要綱第8条の規定により、下記のとおり既交付決定額の（全部・一部）を取り消したので通知します。

年 月 日

石巻市長



記

- 1 既交付決定額 金 円
- 2 交付決定取消額 金 円
- 3 取消理由

様式第5号（第9条関係）

石巻市（ ）指令第 号

住 所  
氏 名 様

石巻市不妊検査費助成金返還命令書

年 月 日付け石巻市（ ）指令第 号で交付決定した石巻市不妊検査費助成金について、石巻市不妊検査費助成事業実施要綱第9条の規定により、返還することを命じます。

年 月 日

石巻市長



記

1 交付済額 金 円

2 返還請求額 金 円

3 返 還 理 由

4 返還の方法 同封の納付書により返還すること。

5 納付期限 年 月 日

6 延滞金について

石巻市補助金等の交付に関する規則第19条の規定により、上記納付期限までに納付しなかったときは、納付期限日の翌日から納付の日までの日数に応じ、その未納付額につき年10.95%の割合で計算した延滞金を納付しなければならない。