

石巻市不妊治療費助成事業実施要綱（案）

（趣旨）

第1条 この要綱は、不妊治療のうち先進医療として告示された治療（以下「先進医療」という。）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るため、不妊治療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治療費助成金（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) 治療開始日 治療計画に基づく保険適用となる不妊治療における初回の治療日をいう。
- (2) 1回の治療 治療計画の作成を含め、採卵等（実施するための準備を含む。）から胚移植等（その結果の確認を含む。）までの一連の診療過程又は凍結胚の移植準備から妊娠確認までの診療過程とし、医師の判断等に基づき、やむを得ず当該治療を中止した場合も含むものをいう。

（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を申請する日（以下「申請日」という。）において夫婦であること。
- (2) 治療開始日における妻の年齢が43歳未満であること。
- (3) 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。

（助成対象とする治療内容及び範囲）

第4条 助成金の交付の対象となる治療は、先進医療の実施機関として厚生労働大臣から承認を受けている医療機関において、令和6年4月1日以降に保険適用となる不妊治療と併せて実施された先進医療とする。

（助成金の額及び助成回数）

第5条 助成金の額は、保険適用となる不妊治療と併せて実施された先進医療に係る費用として医療機関に支払った額とし、1回の治療につき5万円を限度とする。

2 通算助成回数は、1子ごとに治療期間の初日における妻の年齢が40歳未満であるときは6回までとし、40歳以上であるときは3回までとする。

（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、石巻市不妊治療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) 不妊治療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。ただし、同一年度内に2回目以降の申請を行う場合であって、前回提出した住民票の写しの発行日から3月以内に申請を行う場合にあつては、添付を省略することができる。）
- (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治療の領収書の写し
- (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、治療が終了した日から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つたときは、その内容を審査の上、助成金の交付の可否を決定し、石巻市不妊治療費助成金交付（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、石巻市不妊治療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つて、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、石巻市不妊治療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、石巻市不妊治療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日以後に治療を終了した者から適用する。

様式第1号（第6条関係）

石巻市不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

石巻市長（あて）

石巻市不妊治療費助成金の交付を受けたいので、石巻市不妊治療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 （ ）			
過去の助成歴等	石巻市が実施しているこの事業の助成を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある（ 回目） <input type="checkbox"/> ない				
治療開始日	年 月 日	治療終了日	年 月 日		
治療費用	円	申請額 (上限50,000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、医療機関等から治療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"/> 今回申請する治療費用について、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。				

添付書類

- (1) 不妊治療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。ただし、同一年度内に2回目以降の申請を行う場合であって、前回提出した住民票の写しの発行日から3月以内に申請を行う場合にあつては、添付を省略することができる。）
- (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治療の領収書の写し
- (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）

不妊治療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、不妊治療費助成事業の対象となる不妊治療を実施したことを証明します。

該当することを確認の上、各項目のチェック欄（□）に『✓』を入れてください。当てはまらない場合は助成の対象外となります。

当医療機関は、不妊治療に係る先進医療を実施する保険医療機関として承認されています。

今回の先進医療による治療は、保険適用の治療と併せて実施したものです。

	夫	妻
(ふりがな) 受診者氏名	()	()
受診者生年月日	年 月 日	年 月 日
治療期間（※1）	年 月 日 ～ 年 月 日	
今回の治療内容について	A・B・C・D・ E・F・M ※該当する治療ステージ記号に○を付けてください。（裏面参照）	A又はBの場合 1 体外受精 2 顕微授精 ※該当する番号に○を付けて下さい。
	今回は、 回目（保険診療回数）回の保険診療です。（保険制限回数 回）	
	※今回の治療で当てはまるものに『✓』を入れてください。 <input type="checkbox"/> 採卵から妊娠確認 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植から妊娠確認 <input type="checkbox"/> 妊娠確認前に当該治療計画を中止	
今回の治療に係る領収年月日	年 月 日 ～ 年 月 日	
今回の治療に係る領収金額（※2）	円 （うち先進医療に係る領収金額 円） （うち本証明書への記載料 円）	
実施した先進医療	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術（SEET法） <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1（EMMA/ALICE） <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2（子宮内フローラ） <input type="checkbox"/> 子宮内摩擦術 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA） <input type="checkbox"/> 二段階胚移植	

医療機関御担当者様

- この証明書は、『石巻市不妊治療費助成事業』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】

- ①一連の治療を分けて申請することはできません。1回の治療計画ごとに受診等証明書を作成してください。ただし、妊娠確認前に当該治療計画を中止した場合は助成の対象となります。
- ②次の費用は助成の対象となりません。
 - ・ 自費診療と併用して行われた先進医療に係る費用
 - ・ 食事代、ベッド代等直接治療に関係ない費用

（※1） 治療期間については、治療計画に基づき記載してください。

（※2） 治療期間内に行った先進医療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。

《参考》治療ステージ

助成対象となる治療は、次のいずれかに相当するものです。

- A 新鮮胚移植を実施
- B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3周期の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合）
- C 以前に凍結した胚による凍結胚移植を実施
- D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
- E 受精できず、又は、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止
- F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止
※採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。
- M 男性不妊治療（特定不妊治療のうち精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術）
なお、採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も対象となります。

（注）採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成の対象となりません。

様式第3号（第7条関係）

石巻市（ ）指令第 号

住 所
氏 名 様

石巻市不妊治療費助成金交付（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治療費助成金の交付について、
下記のとおり決定したので、石巻市不妊治療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

石巻市不妊治療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治療費助成金については、石巻市不妊治療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

石巻市不妊治療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治療費助成金について、石巻市不妊治療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。