

## 名古屋市一般不妊治療費助成事業が始まります



平成19年12月から、不妊に悩んでいるご夫婦に対して、一般不妊治療に要する費用の一部を助成する『名古屋市一般不妊治療費助成事業』が始まります。

### ●事業の概要

|        |                                                                                                                                                                                          |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業開始   | 平成19年12月1日(ただし、平成19年7月1日以降の診療分から対象とします。)                                                                                                                                                 |
| 助成対象治療 | 産科、婦人科、産婦人科、泌尿器科、皮膚泌尿器科を標榜する医療機関において不妊症と診断され、名古屋市在住中に受けた一般治療が対象となります。<br>・一般不妊治療とは、薬物療法や人工授精などで、治療のための検査を含みます。<br>・医療保険適用の有無に関わりませんが、治療は医師の診断に基づくものに限りません。<br>・文書料・食事療養費標準負担額・個室料は対象外です。 |
| 助成対象者  | 市内在住の婚姻をしている法律上のご夫婦で、夫婦合算の所得金額が730万円未満の方で、医療保険加入者(生活保護世帯を含む。)の方<br>(※所得の範囲及び所得額の計算方法は裏面を参照してください。)                                                                                       |
| 助成額    | 1年度(3月～翌年2月診療分)あたり自己負担額の1/2以内の額で助成します。<br>(ただし、1年度の助成上限額は5万円です。)                                                                                                                         |
| 助成期間   | 診療を開始した月から連続した2年間が対象期間です。<br>(助成期間は、原則として診療開始月から2年間(24か月間)ですが、医師の診断により治療を中断した場合は延長する場合があります。)                                                                                            |

### ●申請方法

|        |                                                                                                                                                                                      |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請方法   | 申請書に必要書類を添付して、お住まいの区の保健所(保健予防課保健感染症係)へ申請してください。(※申請に必要な添付書類は、裏面を参照してください。)                                                                                                           |
| 申請受付期間 | 3月から翌年2月までの診療について、翌年3月15日(当日が保健所の休庁日である場合は直近の開庁日)が申請締切日になります。<br><b>平成19年度は、平成19年7月1日から平成20年2月29日までの診療が対象で、申請締切りは平成20年3月14日(金)です。</b><br>申請期間を過ぎた場合は申請の受付ができませんので、必ず期日までに申請を行ってください。 |

ご注意ください!

### ●その他

特定不妊治療(体外受精又は顕微授精)を受けられた方は、『名古屋市特定不妊治療費助成事業』をご利用ください。

### 《お問い合わせ先》

事業の詳細などご不明な点については、最寄りの保健所(保健予防課保健感染症係)もしくは子ども青少年局子育て家庭部子育て支援課母子保健係(電話:972-2629)へお尋ねください。

平成 19 年 11 月 22 日

各特定不妊治療費助成事業  
指 定 医 療 機 関 御 中

名古屋市子ども青少年局長

名古屋市一般不妊治療費助成事業実施要綱の制定について

平成 19 年 12 月から事業実施する標記の名古屋市一般不妊治療費助成事業について、要綱を下記のとおり制定しましたのでお知らせします。

なお、同事業につきましては、別添の実施要綱に記載があるとおりに、産科、婦人科、産婦人科、泌尿器科及び皮膚泌尿器科を標榜する医療機関の診断に基づく治療であれば、助成の対象となります。従って、特定不妊治療費助成事業と異なり、医療機関の指定を受けていただく必要はありません。

記

1 制定要綱

別添「名古屋市一般不妊治療費助成事業実施要綱」

2 施行年月日

平成 19 年 12 月 1 日

(ただし、平成 19 年 7 月 1 日診療分より遡及適用。)

名古屋市子ども青少年局子育て家庭部子育て支援課

担 当：高橋（母子保健係）

所在地：〒460-8508 名古屋市中区三の丸三丁目 1-1

電 話：052-972-2629 F A X：052-972-4146

## 名古屋市一般不妊治療費助成事業実施要綱

### (目的)

第 1 条 一般不妊治療費助成事業（以下「本事業」という。）は、不妊に悩む夫婦に対し、不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く。以下同じ。）（以下「一般不妊治療」という。）に要する費用の一部を助成することにより、その経済的な負担の軽減を図ることを目的とする。

### (定義)

第 2 条 この要綱において「医療保険各法」とは、次に掲げる法律をいう。

- (1) 健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）
- (2) 船員保険法（昭和 14 年法律第 73 号）
- (3) 私立学校教職員共済法（昭和 28 年法律第 245 号）
- (4) 国家公務員共済組合法（昭和 33 年法律第 128 号）
- (5) 地方公務員等共済組合法（昭和 37 年法律第 152 号）
- (6) 国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）

2 この要綱において「本人負担額」とは、次に掲げるものをいう。

- (1) 一般不妊治療について、医療保険各法の規定による給付が行われた場合において、被保険者、組合員又は被扶養者が負担すべき額とする。ただし、当該医療費に対する他の法令等による給付がある場合はその額を控除するものとし、また、医療保険各法の規定による入院時食事療養費に係る療養を受ける者については、当該入院時食事療養費の給付に関するこれらの法律に規定する標準負担額を除くものとする。
- (2) 一般不妊治療について、医療保険各法の適用とはならない医療に関する給付が行われた場合において、医療の提供を受けた者が負担すべき額とする。ただし、証明書や診断書等の文書料及び食事療養費標準負担額や個室料等の治療に直接的な関係がない費用は除くものとする。

### (実施主体)

第 3 条 本事業の実施主体は、名古屋市とする。

### (対象者)

第 4 条 助成の対象者は、婚姻が確認できる法律上の夫婦であつて、産科、婦人科、産婦人科、泌尿器科又は皮膚泌尿器科を標榜する医療機関において不妊症と診断され、その治療を受けた者で、申請日において、次の要件をすべて満たすものとする。

- (1) 夫又は妻のいずれか一方又は両方が名古屋市内に住所を有するものとする。
- (2) 医療保険各法の規定に基づく被保険者、組合員又は被扶養者であること。

### (支給要件)

第 5 条 夫及び妻の前年の所得（1 月から 5 月までの間に申請をする場合は、前々年の所

得)の合計額が730万円未満である場合に助成を行う。

- 2 前項に規定する所得の範囲及び所得の額の計算方法は、それぞれ児童手当法施行令(昭和46年政令第281号)第2条及び第3条の規定を準用する。

#### (対象とする治療の範囲)

第6条 助成の対象とする治療は、産科、婦人科、産婦人科、泌尿器科又は皮膚泌尿器科を標榜する医療機関において受けた一般不妊治療とし、その範囲は次のとおりとする。ただし、体外受精及び顕微授精のほか、夫婦以外の第三者からの卵子・胚の提供による治療法は対象としない。

- (1) 医療保険各法に規定する療養の給付の適用となる不妊治療。
  - (2) 医療保険の適用とはならない不妊治療。
- 2 前項の治療には、診断のための検査や治療効果を確認するための検査等、治療の一環として行われる検査を含むものとする。

#### (助成内容)

第7条 助成額及び助成期間については、次のとおりとする。

- (1) 助成額は、名古屋市での在住期間に行った治療について、前条に定める治療の範囲で、かつ第2条第2項に定める本人負担額で、一組の夫婦に対して一般不妊治療を受けた日の属する年度ごとに、対象となる費用の合計額の2分の1以内の額とする。ただし、5万円を超えることはできない。
  - (2) 助成期間は、助成を開始した一般不妊治療を受けた日の属する月(以下「助成開始月」という。)から継続する2年間までとする。ただし、次のア又はイに該当する場合は、その期間を延長又は再設置するものとする。
    - ア 医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中断した場合、当該中断期間のうち助成のなかった月数以内で、助成期間を延長するものとする。
    - イ 本事業による助成金の交付を受けた夫婦が挙児を得て、その後更に次の挙児を得るために不妊治療を行う場合、助成期間はそこから再び2年間設置するものとする。
- 2 前項の年度は、3月診療分から翌年2月診療分までの1年間とする。ただし、助成開始月が年度途中となった場合で、第1年度目の助成期間が12か月未満でかつ助成額が5万円未満の場合は、第3年度目の治療について、第1年度目の12か月に満たなかった残りの月数以内で、5万円に満たなかった額を上限に助成することができるものとする。
  - 3 第1項及び前項の助成額上限及び助成期間については、愛知県一般不妊治療費助成事業に基づき愛知県内の他市町村が助成を実施した場合は、本事業による助成として取り扱うものとする。

#### (助成の申請)

第8条 助成を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、一般不妊治療費助成事業申請書(第1号様式。以下「申請書」という。)により、次の書類を添え、市長に申請しなければならない。ただし、第4号及び第5号の書類については、確認することについて申請者の同意があり、かつ本市で確認が可能な場合は、提出を省略できるものとする。

- (1) 一般不妊治療費助成事業受診等証明書(第2号様式)
- (2) 申請しようとする治療に係る領収書
- (3) 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類
- (4) 住所地を証明する書類
- (5) 夫及び妻の所得額を証明する書類
- (6) 請求書(第3号様式)

2 前項の申請は、原則として、3月から翌年2月までの診療分について、4月から翌年3月までの間に、住所を有する区の保健所を経由して、市長へ申請するものとする。

#### (決定通知)

第9条 市長は、前条の規定による申請書を受理した時は、速やかにその内容を審査し、助成の承認をしたときは、一般不妊治療費助成事業承認決定通知書(第4号様式)により申請者に通知する。また、助成を認めないときは、理由を付して一般不妊治療費助成事業不承認決定通知書(第5号様式)により申請者に通知するものとする。

#### (助成金の返還)

第10条 市長は、第8条の申請書及び第8条各号の書類の虚偽の記載その他不正行為により助成金の交付を受けた者があるときは、その者から交付した助成金の全部又は一部を返還させることができる。

#### (実施上の注意事項)

第11条 本要綱に基づく事業の実施にあたっては、次の各号に注意しなければならない。

- (1) 本事業の実施にあたって事務処理を行う職員は、個人情報保護について、申請者のプライバシーに十分配慮し、かつ、職務上知り得た個人情報については秘密保持を厳守しなければならない。また、その職を退いた後も同様とする。
- (2) 本事業の実施にあたって、愛知県、名古屋市医師会等関係機関及び関係団体に対し、本事業の趣旨を周知するほか、積極的な協力を求め、効率的な運用に努めなければならない。
- (3) 本事業は、保険診療と保険外診療を組み合わせて行う混合診療を認めるものではない。

#### (その他)

第12条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

#### 附 則

本要綱は、平成19年12月1日から施行し、平成19年7月1日から適用する。

名古屋市一般不妊治療費助成事業申請書

平成 年 月 日

名古屋市長 あて

申請者 (※1口座名義人と同一の方が、自署・押印)

住所 〒 -

氏名

印

電話番号

(2枚目にも押印してください。)

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。  
また、裏面に掲げる「確認すべき事項」について、同意します。(※2)

記

|         |                 |                                                                                 |                                            |                |                               |        |      |
|---------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------|-------------------------------|--------|------|
| 対象者     |                 |                                                                                 | (ふりがな)<br>氏名                               |                | 生年月日                          |        |      |
|         | 夫               | ( )                                                                             |                                            |                | 昭和<br>平成                      | 年 月 日生 | ( 歳) |
|         | 妻               | ( )                                                                             |                                            |                | 昭和<br>平成                      | 年 月 日生 | ( 歳) |
|         | 連絡先(※3)         | 〒 -                                                                             |                                            |                | 電話 ( )                        |        |      |
|         | 加入医療保険<br>(夫)   | 【種別】市町村国保・組合国保・健保・共済・その他 ( )<br>【保険名称】( ) 【保険者番号】( )<br>【被保険者番号】( ) 【区分】本人・被扶養者 |                                            |                |                               |        |      |
|         | 加入医療保険<br>(妻)   | 【種別】市町村国保・組合国保・健保・共済・その他 ( )<br>【保険名称】( ) 【保険者番号】( )<br>【被保険者番号】( ) 【区分】本人・被扶養者 |                                            |                |                               |        |      |
| 振込先     | 金融機関名<br>(※4)   |                                                                                 |                                            | 銀行<br>金庫<br>農協 | 本店<br>支店<br>出張所               |        |      |
|         | 預金種別            | 普通                                                                              | (ふりがな)<br>口座名義人                            |                | ( )                           |        |      |
|         |                 | 当座                                                                              | (申請者と同一)                                   |                |                               |        |      |
| 口座番号    |                 |                                                                                 |                                            |                |                               | (左詰記入) |      |
| 申請額     | 金 円             |                                                                                 |                                            |                | (本人負担額の1/2で、1年度上限5万円)<br>(※5) |        |      |
| 過去の助成実績 | 過去の助成金<br>受給の有無 | 1. 有<br>2. 無                                                                    | 「有」の場合<br>過去に助成を<br>受けた自治<br>体、時期及び<br>助成額 | 自治体            | 時期                            | 助成額(円) |      |
|         |                 |                                                                                 |                                            |                | 平成 年 月                        |        |      |
|         |                 |                                                                                 |                                            |                | 平成 年 月                        |        |      |
|         |                 |                                                                                 |                                            |                | 平成 年 月                        |        |      |

<自治体記入欄>

|         |  |       |        |
|---------|--|-------|--------|
| 申請受理年月日 |  | 決定内容  | 承認・不承認 |
| 決定年月日   |  | 受給者番号 |        |

注) 太枠の中をご記入ください。

※1：口座名義人と同一の方が、自署・押印してください。(名古屋市内在住の方に限ります。)

※2：裏面の「確認すべき事項」を必ずお読みください。

※3：単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

※4：振込先の金融機関にゆうちょ銀行はご利用できません。

※5：1年度とは、3月から翌年2月までの診療分を指します。

【 申請書類の提出について 】 申請を行う際、以下のものをご提出ください。

◎名古屋市一般不妊治療費助成事業申請書(第1号様式)

◎申請書に添付する書類

1. 一般不妊治療費助成事業受診等証明書(第2号様式)
  2. 領収書(原本) ※決定通知書を送付する際、一緒にお返しします。
  3. 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類(戸籍謄本)
  4. 住所を証明する書類(住民票)  
※下記の確認事項に同意された場合で、審査の際、本市で確認できる場合は、省略可。
  5. 夫及び妻の所得額を証明する書類(市民税・県民税証明書)  
※下記の確認事項に同意された場合で、審査の際、本市で確認できる場合は、省略可。
  6. 請求書(後日でも可)
- その他、申請する際には、印鑑と健康保険証をお持ちください。

### 【 確認すべき事項について 】

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、一夫婦あたりの支給額の上限が決められています。転入された方について以前にお住まいの自治体にこの助成金の以前の受給状況を照会するなど、助成金を交付するのに必要な下記の事項について、本市が照会・確認させていただきますので、ご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

<確認事項>

1. 一般不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、本市が他の自治体へ照会すること。
2. 一般不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、他の自治体から本市に照会があったときに、これに回答すること。
3. 本市の住民であること及び一般不妊治療の治療期間及び申請日に住民であったこと(住民基本台帳・外国人登録原票)。
4. 対象者の所得状況に関する資料を確認すること(前年所得の状況(1～5月の申請にあつては、前々年))。
5. 治療状況等について医療機関及び調剤薬局等に照会すること。
6. 医療費の自己負担額が高額となった場合に一定の金額(自己負担限度額)を超えた部分が払い戻される高額療養費、健康保険組合等の保険者の規約等により支給される不妊治療に関する任意の給付(付加給付金)等について、保険者へ照会すること。なお、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返還を求めることがありますのでご承知ください。

一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療(又はその調剤)を実施し、これに係る医療(調剤)費[本人負担額]を徴収したことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関の名称及び所在地  
主治医氏名

印

医療機関記入欄(主治医がご記入ください。)

|                                                                     |           |                                   |               |                |                |   |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------|---------------|----------------|----------------|---|
| (ふりがな)<br>受診者氏名                                                     | 夫         | ( )                               | 妻             | ( )            |                |   |
| 受診者生年月日                                                             |           | 昭和三十九年 月 日( 歳)                    |               | 昭和三十九年 月 日( 歳) |                |   |
| 貴医療機関における治療開始年月日                                                    |           | 平成 年 月 日                          |               |                |                |   |
| 今回の治療期間                                                             |           | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日               |               |                |                |   |
| ○当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入して下さい。                                   |           |                                   |               |                |                |   |
| <input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査                               |           | <input type="checkbox"/> 精液検査     |               |                |                |   |
| <input type="checkbox"/> タイミング療法                                    |           | <input type="checkbox"/> 精巣生検     |               |                |                |   |
| <input type="checkbox"/> 排卵誘発法( 回)                                  |           | <input type="checkbox"/> 人工授精( 回) |               |                |                |   |
| <input type="checkbox"/> 手術療法(手術方法 )                                |           |                                   |               |                |                |   |
| <input type="checkbox"/> その他( )                                     |           |                                   |               |                |                |   |
| ・院外処方の有無( <input type="checkbox"/> 有り・ <input type="checkbox"/> 無し) |           |                                   |               |                |                |   |
| 本人負担額の内訳                                                            | 区分        | 医療機関徴収分                           |               | 薬局徴収分          | 本人負担額④         |   |
|                                                                     |           | 保険診療分                             | 保険診療以外の本人負担額② | 本人負担額③         |                |   |
|                                                                     |           | 医療費総額                             | 本人負担額①        |                |                |   |
|                                                                     | 平成 年 3月分  | 円                                 | 円             | 円              | 円              | 円 |
|                                                                     | 平成 年 4月分  | 円                                 | 円             | 円              | 円              | 円 |
|                                                                     | 平成 年 5月分  | 円                                 | 円             | 円              | 円              | 円 |
|                                                                     | 平成 年 6月分  | 円                                 | 円             | 円              | 円              | 円 |
|                                                                     | 平成 年 7月分  | 円                                 | 円             | 円              | 円              | 円 |
|                                                                     | 平成 年 8月分  | 円                                 | 円             | 円              | 円              | 円 |
|                                                                     | 平成 年 9月分  | 円                                 | 円             | 円              | 円              | 円 |
|                                                                     | 平成 年 10月分 | 円                                 | 円             | 円              | 円              | 円 |
|                                                                     | 平成 年 11月分 | 円                                 | 円             | 円              | 円              | 円 |
|                                                                     | 平成 年 12月分 | 円                                 | 円             | 円              | 円              | 円 |
|                                                                     | 平成 年 1月分  | 円                                 | 円             | 円              | 円              | 円 |
| 平成 年 2月分                                                            | 円         | 円                                 | 円             | 円              | 円              |   |
| [今回の治療にかかった金額合計]                                                    |           |                                   |               |                |                |   |
| 領収金額                                                                |           |                                   |               |                | 円(④の合計額となります。) |   |

注1 当該患者に関して行った不妊治療(体外受精及び顕微授精を除く。)に係るもののみご記入ください。  
 2  は該当項目をチェックしてください。  
 3 院外処方の有無が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。  
 4 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。



請 求 書

平成 年 月 日

(あて先) 名古屋市長

住 所 〒

氏 名

印

電話番号

一般不妊治療費の助成が決定された場合、下記の金額を請求します。

|             |               |                                                                                    |                   |          |   |   |         |
|-------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------|---|---|---------|
| 対<br>象<br>者 |               | (ふりがな)<br>氏 名                                                                      |                   | 生年月日     |   |   |         |
|             | 夫             | ( )                                                                                |                   | 昭和<br>平成 | 年 | 月 | 日生 ( 歳) |
|             | 妻             | ( )                                                                                |                   | 昭和<br>平成 | 年 | 月 | 日生 ( 歳) |
|             | 連絡先           | 〒                                                                                  |                   | 電話 ( )   |   |   |         |
|             | 加入医療保険<br>(夫) | 【種別】市町村国保・組回国保・健保・共済・その他 ( )<br>【保険名称】 ( ) 【保険者番号】 ( )<br>【被保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者 |                   |          |   |   |         |
|             | 加入医療保険<br>(妻) | 【種別】市町村国保・組回国保・健保・共済・その他 ( )<br>【保険名称】 ( ) 【保険者番号】 ( )<br>【被保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者 |                   |          |   |   |         |
| 振<br>込<br>先 | 金融機関名         | 銀行 本店<br>金庫 支店<br>農協 出張所                                                           |                   |          |   |   |         |
|             | 預 金 種 別       | 普通                                                                                 | (ふりがな)            | ( )      |   |   |         |
|             |               | 当座                                                                                 | 口座名義人<br>(申請者と同一) |          |   |   |         |
| 口 座 番 号     |               |                                                                                    |                   |          |   |   | (左詰記入)  |
| 請 求 額       | 金             |                                                                                    | 円                 |          |   |   |         |

文 書 番 号  
平 成 年 月 日

様

名 古 屋 市 長

印

名古屋市一般不妊治療費助成事業承認決定通知書

平成 年 月 日付けで申請がありました平成 年度の一般不妊治療費の助成について、承認し、下記金額を助成することを決定しましたので通知します。

助成金額 金 円

この決定について不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に名古屋市長に対して異議申立てをすることができます。

(名古屋市子ども青少年局子育て家庭部子育て支援課)

文 書 番 号  
平 成 年 月 日

様

名 古 屋 市 長

印

名古屋市一般不妊治療費助成事業不承認決定通知書

平成 年 月 日付けで申請がありました平成 年度の一般不妊治療費の助成について、不承認としましたので通知します。

不承認とした理由

この決定について不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に名古屋市長に対して異議申し立てをすることができます。

(名古屋市子ども青少年局子育て家庭部子育て支援課)