

砂川市訓令第23号
令和4年4月1日

砂川市特定不妊治療費助成事業実施要綱の一部を改正する訓令を次のように定める。

砂川市長 善 岡 雅 文

(別 紙)

砂川市特定不妊治療費助成事業実施要綱の一部を改正する訓令

砂川市特定不妊治療費助成事業実施要綱（平成27年訓令第2号）の一部を次のように改正する。

第1条中「不妊治療のうち、」の次に「有効性・安全性の確認された保険診療に位置づけられる」を加え、「費用の一部」を「自己負担額（保険適用分。ただし、高額療養費制度適用となる場合は適用後の自己負担額とする。）」に改める。

第3条第1号を削り、同条第2号を同条第1号とし、同条第3号を同条第2号とする。

第4条第1項本文中「医療費」を「医療費（保険適用分）」に改め、「から北海道特定不妊治療費助成事業による助成金を控除した額とし、1回の治療につき15万円を限度」を削り、同項ただし書を削り、同条第3項を削り、同条第4項中「精子」を「、精子」に、「第1項及び前項のほか、治療に要した医療費」を「医療費（保険適用分）」に改め、「から北海道特定不妊治療費助成事業による助成金」及び「控除した額を1回の治療につき15万円を上限として」を削り、同項を同条第3項とし、同条第5項を同条第4項とし、同条第6項を削る。

第5条各号を次のように改める。

- (1) 砂川市特定不妊治療医療機関受診等証明書（別記第1号様式の2）
- (2) 特定不妊治療を実施した医療機関が発行した領収書の写し
- (3) 治療及び調剤に係る領収書（指定医療機関で指示された他の医療機関の検査等に係る領収書を含む。）の写し
- (4) 被保険者等であることを証明する書類（保険証等）の写し
- (5) 高額療養費制度に基づく限度額適用認定証の写し（該当する場合）
- (6) 高額療養費制度に基づく支給決定通知書の写し（該当する場合）
- (7) 戸籍謄本（事実婚の場合）
- (8) 事実婚関係に関する申立書（別記第1号様式の3）
- (9) その他対象者等の確認に必要な書類

別記第1号様式（第5条関係）を次のように改める。

別記第1号様式（第5条関係）の次に次の2様式を加える。

別記第4号様式（第6条関係）を次のように改める。

砂川市特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

砂川市長 様

申請者 住所

氏名

砂川市特定不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり特定不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

夫	(ふりがな) 氏名		生年 月日	年 月 日 (歳)
妻	(ふりがな) 氏名		生年 月日	年 月 日 (歳)
住 所	〒 _____ 電話 _____			
住所 ※1 (夫・妻)	〒 _____ 電話 _____ <small>※1 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。</small>			
申 請 額	a 特定不妊治療費用 (男性不妊治療分を除く。)	b 保険適用後の自己負担額合計 (高額療養費制度適用後金額)	c 保険適用外負担費用	
	円	円	円	
	d 男性不妊治療分	e 保険適用後の自己負担額合計 (高額療養費制度適用後金額)	f 保険適用外負担費用	
	円	円	円	
申請金額 b (男性不妊治療分を除く。) 金 _____ 円 申請金額 e (男性不妊治療分) 金 _____ 円 申請金額 合 計 金 _____ 円				
特定不妊治療費助成金の交付を申請するに当たり、市が助成の適否を決定するために、住民基本台帳情報、市税の納付状況等の個人情報を見直し確認すること、指定医療機関及び調剤薬局等へ照会すること、高額療養費制度等の利用状況について医療保険者へ照会することを承諾します。また、必要に応じて、他の市町村に対し、この申請に関する情報を照会し、又は提供することについて同意します。 <p style="text-align: center;">氏名 (夫) _____ 氏名 (妻) _____</p>				

※ 以下は記入しないでください。

市 記 入 欄	収受印	申請者の状況等の確認 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 (回目・初回申請: _____ 年 月) <input type="checkbox"/> 住民登録 (夫: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無、妻: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証及び支給決定通知書 (有・無) <input type="checkbox"/> 助成決定 <input type="checkbox"/> 他市町村での助成 (有・無) <input type="checkbox"/> 助成不可 <input type="checkbox"/> 市税滞納 (有・無) 確認印
------------------	-----	---

砂川市特定不妊治療医療機関受診等証明書

次の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては、妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称
医療機関の所在地
主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号（注参照）に○をつけてください。		A 又は B の場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 (該当する番号に○を付けてください。)	
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください。			(精子回収の有無) 1. 有 2. 無
今回の治療期間	年 月 日 ~		年 月 日	
日本産婦人科学会 UMIN 個別調査票 登録の有無	有 → 症例登録番号			無
特定不妊治療に 要した領収金額	<p>【今回の治療に要した合計金額 ※保険適用診療に限る】</p> <p>特定不妊治療費 (男性不妊治療を除く。) 領収金額 _____ 円</p> <p>男性不妊治療費 領収金額 _____ 円</p> <p>※いずれも高額療養費制度適用後の受診者自己負担額とする。</p>			

- (注1) 治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から特定不妊治療終了日までを記載してください。
- (注2) 日本産婦人科学会 UMIN 個別調査票に登録した奨励登録番号を転記してください。
- (注3) 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受けて金額を記入してください。

【対象となる治療】

- 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周期程度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、多精子受精などの異常受精等による中止
 - 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、精子を得られない、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。
- ※採卵に至らないケース（女性に侵襲的治療のないもの）は対象となりません。

事実婚関係に関する申立書

年 月 日

次の2名については、事実婚関係にあります。

また、不妊治療によって生まれた子については認知します。

砂川市特定不妊治療費助成事業申請者の氏名、住所

① 氏名

住所

② 氏名

住所

※別世帯になっている理由

(①と②が別世帯となっている場合には記入)

砂川市長 様

砂川市特定不妊治療費助成金請求書

年 月 日

砂川市長 様

請求者 住所
氏名

㊟

年 月 日付けで決定通知のあった砂川市特定不妊治療費助成金について、次のとおり請求します。

記

1 請求金額 _____ 円

2 振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	本店	支店
預金種別	普通 ・ 当座		
口座番号			
(ふりがな)			
口座名義人			

※ 請求者及び口座名義人は、交付申請書の申請者と同一にしてください。