

## 西粟倉村不妊治療助成事業実施要綱

平成 19 年 6 月 12 日

要綱第 3 号

### ( 目的 )

第 1 条 この要綱は、不妊症のため子どもを持つことが困難な夫婦に対し、不妊治療のうち医療保険適用外で治療費等が高額である体外受精及び顕微授精について、治療費等の一部を助成することにより経済的負担を軽減するとともに、少子化対策の充実に資することを目的とする。

### ( 交付対象者 )

第 2 条 この要綱による助成の交付対象者は、次の各号に該当するものとする。

- ( 1 ) 夫婦とは、戸籍法（昭和 22 年法律第 224 号）の規定による夫婦又は外国人登録原票記載事項証明書により確認ができる夫婦とする。
- ( 2 ) 申請日において、村内に 1 年以上住所を有し、かつ居住をしていること。
- ( 3 ) 申請日において、対象者及び世帯員に村税等の滞納がないこと。
- ( 4 ) 健康保険等の医療保険に加入していること。

### ( 対象医療 )

第 3 条 この要綱に定める助成対象の不妊治療は、体外受精又は顕微授精で治療を行ったものとする。ただし、次の各号に掲げる治療法を除く。

- ( 1 ) 夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供による不妊治療
- ( 2 ) 夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するもの。
- ( 3 ) 夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚を妻以外の第三者の子宮に注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するもの。
- ( 4 ) 一定の途中段階で治療を中止した場合（採卵に至らなかった場合）

### ( 申請 )

第 4 条 申請を受けようとする者は、不妊治療助成金交付申請書（様式第 1 号）に医師の証明書と村内に 1 年以上居住する夫婦であることを証明する書類（住民票）、県の事業に該当する者は不妊治療支援事業承認決定通知書の写しを添付して、村長に提出しなければならない。

### ( 助成金額及び期間 )

第 5 条 助成金の額は、次のとおりとする。

- ( 1 ) 1 回に要した治療費等から県の事業の助成金額を控除した費用の 2 分の 1

以内とする。

( 2 ) 1年度当り2回を限度に助成し、限度額は1回につき10万円、通算5年間までとする。

( 認定 )

第6条 前条の申請に対する助成の認定は村長が行い、不妊治療助成認定通知書(様式第2号)により通知する。

( 助成金の申請 )

第7条 前条で認定を受けた者が助成を受けようとするときは、不妊治療助成金請求書(様式第3号)に次の各号に掲げる書類を添付して、村長に提出するものとする。

( 1 ) 医療機関の発行する領収書

( 2 ) その他村長が必要と認める書類

2 助成金の申請は、当該治療にかかる医療費の支払いが終了した日の属する年度の末日までに行わなければならない。

( 助成金の交付決定 )

第8条 村長は、前条の申請書を受理した時は、内容を審査し、適当と認められた時は助成金の交付を決定し、不妊治療助成金交付決定通知書(様式第4号)により、申請者に通知するものとする。

( 助成金の返還 )

第9条 村長は、助成金の交付を受けた者が次の各号のいずれかに該当する時は、助成金の全部又は一部を返還させることができる。

( 1 ) この要綱に違反したとき。

( 2 ) 助成金の申請について不正な行為があると認められたとき。

( その他 )

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は村長が別に定める。

附 則

この要綱は、公布の日から施行し、平成19年4月1日から適用する。

附 則(平成23年6月30要綱第5号)

この要綱は、決裁の日から施行し、平成23年4月1日から適用する。

平成 年 月 日

西粟倉村不妊治療助成金交付申請書

西粟倉村長 殿

申請者  
住所 西粟倉村  
氏名 印  
電話番号

下記のとおり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。

申請対象者

夫 氏名 生年月日

妻 氏名 生年月日

添付書類

- ・村内に1年以上居住する夫婦であることを証明する書類(住民票)
- ・**県の事業に該当する者は不妊治療支援事業承認決定通知書の写し**

< 医療機関 証明欄 >

夫 氏名 生年月日

妻 氏名 生年月日

主たる治療

上記の者については、不妊治療が必要であることを証明します。

平成 年 月 日

医療機関 所在地

名称

医師氏名

印

様式第2号(第6条関係)

西粟倉村不妊治療助成認定通知書

平成 年 月 日

殿

西粟倉村長

平成 年 月 日付で申請のありましたことについて、下記のとおり  
認定しましたので通知します。

記

助成対象者  
夫 氏名

妻 氏名

医療機関名  
所在地

名称

様式第3号(第7条関係)

西粟倉村不妊治療助成金請求書

平成 年 月 日

西粟倉村長 殿

申請者 住所 西粟倉村

氏名

印

平成 年 月 日付で交付決定のありました、西粟倉村不妊治療助成金  
について、下記のとおり請求します。

記

助成金額 金 円

添付書類

・医療機関の発行する領収書

振込先

金融機関名			
種別・記号・番号	普通・当座	記号	口座番号
ふりがな			
口座名義人			

西粟倉村不妊治療助成金交付決定通知書

殿

西粟倉村長

平成 年 月 日付で認定しました西粟倉村不妊治療助成金について、  
下記のとおり決定しましたので通知します。

記

助成金額 金 円

助成対象者

夫 氏名

妻 氏名