

○美咲町はぐくみ事業実施要綱

(目的)

第1条 この告示は、不育症のため子どもを持つことが困難な夫婦に対し、医療保険対象外の不育治療を受けた場合において、治療費等の一部を補助することにより、経済的負担を軽減し、もって不育治療対策の充実を図ることを目的とする。

(総則)

第2条 美咲町はぐくみ事業については、美咲町補助金等交付規則(平成17年美咲町規則第44号)に定めがあるもののほか、この告示の定めるところによる。

(定義)

第3条 この告示において、次の各号に掲げる用語の定義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 夫婦 法律上の婚姻をしている夫婦をいう。
- (2) 不育治療 社団法人日本生殖医学会が認定した生殖医療専門医が所属する医療機関において当該専門医により不育症と診断され、その治療行為をいう。
- (3) 治療費等 国民健康保険法又は医療保険各法の規定による保険給付が適用されない不育治療に関する治療費・検査料をいう。ただし、入院時の差額ベッド代、食事代等直接治療に関係ないものは除く。
- (4) 医療機関 社団法人日本生殖医学会が認定した生殖医療専門医の所属する医療機関又は当該医療機関より紹介を受けた治療実施医療機関をいう。

(補助対象者)

第4条 補助金の交付を受けることができる者(以下「対象者」という。)は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 夫婦のいずれか一方が補助金の交付申請日において本町に住所を有していること。
- (2) 他の市町村から給付対象の治療費に対する同種の助成金の給付を受けていないこと。
- (3) 補助金の交付申請日において対象者及び世帯員に町税等の滞納がない者

(補助金額及び期間)

第5条 補助金の額は、次のとおりとし、1,000円未満の端数が生じるときは、これを切り捨てた額とする。

- 2 前条に規定する治療に要した額の2分の1とし、1年度あたり30万円を限度とする。
- 3 補助の期間は、初回助成から通算5年とし、一対象者あたり150万円を限度とする。

(交付申請)

第6条 補助金の交付の申請をしようとする者(以下「申請者」という。)は、美咲町はぐくみ事業補助金交付申請書兼請求書(様式第1号)に次の各号に掲げる書類等を添付し、町長に申請しなければならない。

- (1) 美咲町はぐくみ事業医療機関証明書(様式第2号)
 - (2) 不育治療にかかる医療機関の発行する領収書(写し可)
 - (3) 戸籍抄本
 - (4) 第4条第1項第1号に該当する者の住民票の写し
 - (5) 他の自治体からの助成金受給状況申出書
 - (6) 他の自治体から助成金を受けた場合は決定通知書の写し
 - (7) その他町長が必要と認める書類
- 2 前項の規定による申請は、当該治療にかかる医療費の支払いが終了した日又は治療費等の支払いが30万円に達した時点の属する年度の末日までに行わなければならない。ただし、当該年度内に申請が出来ないと町長が認めた場合はこの限りではない。
- 3 前項に規定する年度は、申請が行われた日を基準として決定する。

(交付決定及び確定通知)

第7条 町長は、前条の規定による交付の申請があったときは、内容を審査し、補助金の交付の可否を決定し、美咲町はぐくみ事業補助金交付(不交付)決定及び確定通知書(様式第3号)により申請者に通知するものとする。

- 2 町長は、前項の規定により補助金を交付することを決定したときは、速やかに申請者に補助金を支払うものとする。この際の請求行為は、申請時に行われたものとみなす。

(補助金の返還)

第8条 町長は、補助金を交付された者が次の各号のいずれかに該当するときは、補助金の全部又は一部を返還させることができる。

- (1) この告示に違反したとき。
 - (2) 補助金申請について不正な行為があると認めたとき。
- (その他)

第9条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この告示は、公布の日から施行し、平成23年10月1日から適用する。

(適用区分)

- 2 この告示は、平成23年10月1日以降に実施した不育治療から適用する。

附 則(平成24年4月20日告示第22号)

この告示は、公布の日から施行し、平成24年4月1日から適用する。

附 則(平成24年7月13日告示第34号)抄

(施行期日)

- 1 この告示は、公布の日から施行し、平成24年7月9日から適用する。

(経過措置)

- 2 改正後の第2条及び第4条の規程において、平成24年7月8日以前に交付を受けた外国人登録原票記載事項証明書の取扱いについては、なお従前のおりとする。

附 則(平成26年4月1日告示第34—2号)

この告示は、平成26年4月1日から施行する。

様式第1号(第6条関係)

美咲町はぐくみ事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

美咲町長 様

下記のとおり、美咲町はぐくみ事業補助金を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、審査にあたり必要な場合には、住民基本台帳等により確認されることを承諾します。

申請者	ふりがな		生年月日	年	月	日
	氏名					
	住所		電話番号			
申請者の配偶者	ふりがな		生年月日	年	月	日
	氏名					
	住所		電話番号			
婚姻年月日		年 月 日				
不育治療対象児		第 子				
専門医療機関	住所					
	名称					
	申請金額	金		円		
治療実施医療機関	住所					
	名称					
	申請金額	金		円		
補助金振込先	金融機関名		銀行・金庫 農協・金庫		支店 出張所	
	口座番号	普通・当座				
	ふりがな					
	口座名義人					

※ 町記入欄	受付年月日	年 月 日	
	決定年月日	年 月 日	承認・不承諾

添付書類

- (1) 美咲町はぐくみ事業医療機関証明書(様式第2号)
- (2) 不育治療にかかる医療機関の発行する領収書(写し可)
- (3) 戸籍抄本
- (4) 第4条第1項第1号に該当する者の住民票の写し

様式第2号（第6条関係）

美咲町はぐくみ事業医療機関証明書

受診者	氏名		
	生年月日	年 月 日	
専門医療機関	治療期間	年 月 日～ 年 月 日	
	不育治療を必要とした理由		
	治療内容		
	領収金額	円（保険適用外の自己負担額）	
	上記のとおり、不育治療に係る費用を徴収したことを証明します。		年 月 日 医療機関 所在地 名称 主治医（生殖医療専門医） 印
治療実施医療機関	治療期間	年 月 日～ 年 月 日	
	治療内容		
	領収金額	円（保険適用外の自己負担額）	
	上記のとおり、不育治療に係る費用を徴収したことを証明します。		年 月 日 医療機関 所在地 名称 主治医 印

様式第3号(第7条関係)

美咲町はぐくみ事業補助金交付(不交付)決定及び確定通知書

美咲町指令第 号
年 月 日

様

美咲町長 印

年 月 日付で申請のあった美咲町はぐくみ事業補助金については、次のとおり交付(不交付)します。

記

交付決定額 円

様式第1号(第6条関係)

様式第2号(第6条関係)

様式第3号(第7条関係)