

(平成21年度用：平成21年3月1日診療分から適用)

一般不妊治療費等助成金の申請をする方へ

～治療を開始する前に必ずお読み下さい～

申請先・問い合わせ

常滑市新開町5-62

常滑市保健センター

健康福祉課 保健予防担当

電話 34-7000

常滑市では、不妊検査・一般不妊治療を行っているご夫婦を対象に、助成金の交付を行っています。

(1) 対象となる検査・治療

健康保険の適用の有無に関わらず、すべての不妊検査及び一般不妊治療（体外受精・顕微授精を除く。）

※平成21年3月1日診療分から対象となります。

※常滑市に住所がある間に行った検査・治療が対象です。

（ご夫婦のどちらか一方しか常滑市に住所がない方は、保健センターにお問い合わせください。）

※産科、婦人科、産婦人科、皮膚泌尿器科、泌尿器科を標榜する医療機関における検査・治療に限ります。

※夫婦以外の第三者からの卵子・胚の提供による不妊治療は対象になりません。

(2) 対象者

次の条件のすべてを満たすご夫婦

①婚姻の届出をした夫婦であること。

②助成金の申請時に、夫婦の双方または一方が常滑市に住民登録または外国人登録をしていること。

③夫及び妻の平成20年の所得（4月1日から5月31日までの間に申請する場合は平成19年の所得）の合計額が730万円未満であること。

※「所得」の範囲及び所得額の計算方法は、児童手当法施行令第2条及び第3条の規定を準用します。詳しくは8ページの「★所得額の算出方法」をご覧ください。

(3) 助成金額及び助成回数

・平成21年3月1日から平成22年2月28日までの間に、不妊検査・一般不妊治療に要した本人負担額の合計。ただし、合計が5万円を超える場合は、5万円が上限額です。

・3月から翌年2月までの間の1年間分の助成金交付を1回とし、1夫婦につき、合計5回（5年間分）まで助成します。

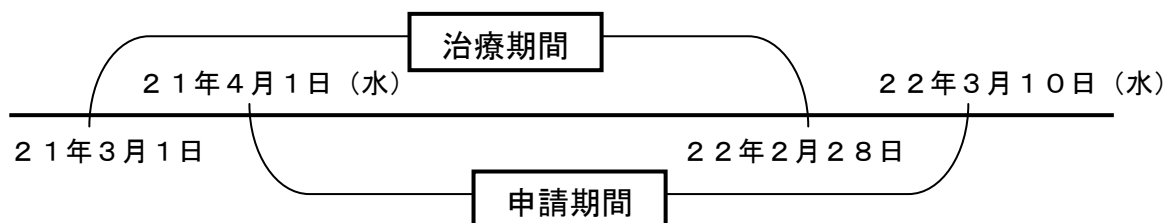
※文書料、室料、食事療養費標準負担額等、一般不妊治療に直接関係のない費用は本人負担額から除きます。

※高額療養費制度により高額療養費が支給された場合や、ご加入の健康保険、他市町から不妊検査・一般不妊治療に関する給付を受けている場合は、その額を本人負担額から除きます。

※本事業は愛知県一般不妊治療費助成事業実施要綱を受けて常滑市が実施する事業です。そのため、愛知県内の他市町村において不妊検査・一般不妊治療に関する助成を受けている場合は、その分も含めて1年間につき5万円、合計5年間分が助成の上限となります。

(4) 助成金申請時期

平成21年3月1日診療分から平成22年2月28日診療分までの治療費等について、平成21年4月1日（水）から平成22年3月10日（水）までに、1年間分をまとめて1回で申請します。



(5) 助成金申請窓口

常滑市保健センター窓口で申請してください。

(6) 必要書類について

1. 常滑市一般不妊治療費等助成金交付申請書（様式第1）
 - ・ 5ページの記入方法を参考にご記入ください。
 - ・ 夫婦のうち、どちらか一方がまとめて申請してください。助成金の交付が決定した場合には、申請者の方の口座（郵便局以外）への振込みとなりますのでご注意ください。
 - ・ 夫婦のどちらか一方が常滑市に住民登録をしていない場合は、常滑市に住民登録をしている方の名前で申請してください。
 - ・ 訂正箇所には、申請者の氏名欄の印と同一の印で訂正印を押してください。
2. 常滑市一般不妊治療費等助成金交付事業受診等証明書（様式第2）
 - ・ 受診した医療機関で記入してもらってください。複数の医療機関を受診した方はそれぞれの医療機関ごとに必要となります。必要枚数分保健センター窓口でお受け取りいただくか、常滑市役所ホームページからダウンロードしてください。
<常滑市ホームページ（不妊治療費等助成制度のページ）>
<http://www.city.tokoname.aichi.jp/ctg/20100120/20100120.html>
 - ・ 院外処方があった場合には、薬局の領収書を医療機関に持参し、医療機関で「本人負担額の内訳」の「薬局徴収分」の欄に記入してもらってください。
3. 常滑市一般不妊治療費等助成金交付事業に関する同意書（様式第3）
 - ・ 7ページの記入方法を参考にご記入ください。
 - ・ 内容をよくお読みいただき、住所を記入してください。氏名は夫、妻それぞれ自署のうえ、押印してください。

- ・ご夫婦のうちどちらか一方が常滑市、もう一方が愛知県内の他市町村に住所を有する場合は、様式第3の裏面の「常滑市一般不妊治療費等助成金交付事業に関する同意書2」にもご記入ください。
 - ・なお、市は情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守いたします。
4. 本籍地が常滑市以外の方は、戸籍謄本の添付が必要です。
- ・本籍地が常滑市以外の方は、証明日が申請の日より2週間以内の戸籍謄本が必要です。
 - ・本籍地が常滑市の方は添付不要です。
5. 次に該当する方は、夫・妻それぞれの所得証明書（児童手当用）の添付が必要です。
- ①平成21年4月1日～5月31日までに助成金の申請をする方で、平成20年1月2日以降に常滑市に転入した方
→平成20年1月1日時点の住所地の平成19年分の所得証明書（児童手当用）が必要です。
- ②平成21年6月1日～平成22年3月10日に助成金の申請をする方で、平成21年1月2日以降に常滑市に転入した方
→平成21年1月1日時点の住所地の平成20年分の所得証明書（児童手当用）が必要です。
- ③夫婦の一方が常滑市に住所がない場合は、常滑市に住所がない方の住所地の平成20年分の所得証明書（児童手当用）（4月1日～5月31日までに助成金の申請をする場合は平成19年の所得証明書（児童手当用））
- ※8ページの「★所得額の算出方法」の＜所得額の算出表＞に示した各金額が分かる証明書が必要です。詳しくは住所のあった市町村の窓口でお尋ねください。
- ・上記に該当しない方は添付不要です。
6. 領収書
- ・助成金の申請には医療機関・薬局への支払の際の領収書が必要です。大切に保管してください。
 - ・領収書はお返ししますので、助成金申請の際は必ず原本をお持ち下さい。
 - ・今回申請する期間中の領収書はすべてお持ちください。

(7) 申請後の流れ

1. 市は申請を受理した後、助成資格や金額を審査します。
2. 助成金の交付が決定しましたら、「常滑市一般不妊治療費等助成金交付決定通知書」をご自宅に送付いたします。その際、「常滑市一般不妊治療費等助成金交付請求書」を同封いたしますので、住所、氏名、振込先口座等の必要事項を記入し、保健センターへご提出ください。

※何らかの理由で助成金の交付をしないことが決定した場合は、その理由を付して「常滑市一般不妊治療費等助成金不交付決定通知書」を送付いたします。

3. 請求書提出後、約半月～1か月後に指定の口座に助成金を振り込みます。詳しい振込日は請求書の提出日により異なりますので、保健センターにお問い合わせください。

★ 助成金申請に必要な書類等チェックリスト

常滑市一般不妊治療費等助成金交付申請書（様式第1）	
常滑市一般不妊治療費等助成金交付事業受診等証明書（様式第2）	
常滑市一般不妊治療費等助成金交付事業に関する同意書（様式第3） （ご夫婦のどちらか一方が愛知県内の他市町村に住所を有する場合は裏面 もご記入ください）	
戸籍謄本：証明日が2週間以内のもの（本籍地が常滑市の方は不要）	
前年（1月～5月に申請する場合は前々年）の夫及び妻の所得証明書（児 童手当用）（転入者等でない方は不要：詳しくは（6）必要書類についての 5をご覧ください）	
医療機関・薬局への支払いの際の領収書（原本）（今回申請する期間中の領 収書はすべてお持ち下さい）	
夫及び妻それぞれの健康保険証	
印鑑（認印可）	

記入方法

常滑市一般不妊治療費等助成金交付申請書

平成〇〇年〇〇月〇〇日

常滑市長 様

ご夫婦のうち、常滑市に住所のある方を申請者にして、日にち、住所、氏名、電話番号を記入してください。助成金交付決定の際は申請者の方の口座への振込みとなりますのでご注意ください。

申請者 住 所 常滑市〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

押印してください。

氏 名 〇〇〇 〇〇〇 印

電 話 (0569) 〇〇-〇〇〇〇

常滑市一般不妊治療費等助成金交付要
 常滑市一般不妊治療費等助成金の交付を申請しま
 今回の申請が何回目か〇をつけて
 ください。 〇とおり常滑市一

※太枠内を記入してください。

対 象 者	住 所	申請回数	① 2. 3. 4. 5 回目	生年月日
		(フリガナ) 氏 名		
夫	常滑市〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	(〇〇〇 〇〇〇〇)	昭和 平成	〇〇年〇月〇〇日
		〇〇〇 〇〇〇		
妻	同上	(〇〇〇 〇〇〇〇)	昭和 平成	〇〇年〇月〇〇日
		〇〇〇 〇〇〇		
本 籍 地	〇〇県〇〇市〇〇〇町〇〇丁目〇〇〇番地			

健康保険証から
転記してくださ
い。

加入医療保険	夫	【保険者名】 (〇〇〇〇健康保険組合)
		【保険者番号】 (〇〇〇〇〇〇〇〇〇)
	夫	【区分】 本人 ・被扶養者
		【記号】 (〇〇〇) 【番号】 (〇〇〇〇)
	妻	【保険者名】 (〇〇〇〇健康保険組合)
		【保険者番号】 (〇〇〇〇〇〇〇〇〇)
	妻	【区分】 本人・ 被扶養者
		【記号】 (〇〇〇) 【番号】 ()

ご加入の医療保険が一般不妊治療に対して助成をしている場合等は「あり」に〇をつけてください。

1. 今回申請分の一般不妊治療費等について、保険者から給付を受けている、又は受ける予定がありますか。(あり・**なし**)
2. 過去に他市町村で一般不妊治療費の助成を受けたことがありますか。(あり・なし)
 助成を受けたことがある方 → 助成を受けた市町村名 (〇〇市)
 助成を受けた時期・回数 (平成〇年〇月頃 1回)

交付申請額	50,000 円	申 受 理 年 月 日	
交付決定額	円	できるだけ詳しくご記入ください。	
決定年	円		
受給者	円		

「常滑市一般不妊治療費等助成金交付事業受診等証明書」(様式第2)の一番下の欄の【今回の治療にかかった金額合計】が5万円以下の場合はその金額、5万円を超える場合は「50,000円」です。

記入方法

常滑市一般不妊治療費等助成金交付事業に関する同意書

平成〇〇年〇〇月〇〇日

常滑市長 様

住 所 常滑市〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

下記の事項をよくお読みのうえ
ご記入ください。氏名は、夫・
妻それぞれ自署して押印してく
ださい。

押印してください。

夫氏名 〇〇〇 〇〇〇 印

妻氏名 〇〇〇 〇〇〇 印

私たちは、常滑市一般不妊治療費等助成金交付事業に係る下記の事項について同意します。

記

1 助成金交付に係る審査のために必要な次の事項を閲覧すること。

- (1) 住民基本台帳又は外国人登録原票（本市に住所を有することを確認します。）
- (2) 戸籍（法律上のご夫婦であることを確認します。）
- (3) 前年の所得（1月から5月の申請にあつては前々年の所得）（支給要件として所得制限がありますので、所得状況を確認します。）

2 以前の受給歴について、以前にお住まいの自治体に確認を行うこと。

常滑市一般不妊治療費等助成金交付事業は、愛知県一般不妊治療費助成事業実施要綱を受けて常滑市が実施する事業です。この助成金は限られた公費予算から公正な支出を行うため、1夫婦当たりの助成額の上限（1年間につき5万円まで）、助成回数上限（1年間分の助成金交付を1回とし、合計5回（5年間分）まで）が定められています。愛知県内の他市町村から転入された方で、以前の自治体において一般不妊治療費等に係る助成を受けている場合には、その分も含めて1年間につき5万円、合計5年間分が上限となります。そのため、以前にお住まいの市町村へ一般不妊治療費等助成金の受給状況を確認することがあります。

3 高額療養費支給の有無及び保険者が一般不妊治療費等について任意に行う給付の有無の確認を行うこと。

高額療養費制度（医療費の自己負担額が高額となった場合、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制度）により高額療養費が支給された場合及びご加入の保険者が一般不妊治療費等について任意に行う給付を受けた場合においては、一般不妊治療費等にかかった自己負担額からそれらの額を控除したものが助成の対象となります。そのため、これらの給付を受けたかどうかを、ご加入の保険者へ確認することがあります。また、支給を受けたことが申請時以降に確認された場合は、助成金の返還を求めることがあります。

★ 所得額の算出方法

夫の所得額、妻の所得額を以下の計算式によってそれぞれ計算し、その額を合算します。

<計算式>

所得額(A) = 所得合計額(B) - 社会保険料等相当額 80,000 円(C) - 諸控除額(D)

(A) 計算された所得額がマイナスになる場合は、0円となります。

(B) 所得合計額 = 年間収入金額 - 必要経費 (給与所得控除額)
源泉徴収票では「給与所得控除後の額」

(C) 社会保険料等相当額として、一律に控除される額です。

(D) 雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除、障害者控除、特別障害者控除、勤労学生控除を受けた場合の控除額です。

<所得額の算出表>

		夫の所得	妻の所得
(B)	所得合計額 (年間収入額 - 必要経費 (給与所得控除額))	円	円
(C)	社会保険料等相当額 (8万円)	80,000 円	80,000 円
(D)	雑損控除 (実際に控除された額)	円	円
	医療費控除 (実際に控除された額)	円	円
	小規模企業共済等掛金控除 (実際に控除された額)	円	円
	障害者控除 (該当者 1 人につき 27万円)	円	円
	特別障害者控除 (該当者 1 人につき 40万円)	円	円
	勤労学生控除 (該当する場合 27万円)	円	円
(A)	所得額 ((B) - (C) - (D))	① 円	② 円

夫の所得額①と妻の所得額②の合計額が730万円以上の場合は、助成金の対象となりません。