

(令和3年度用：令和3年3月1日以降治療分から適用)

## 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～

【申請期間】 令和3年4月1日(木)～令和4年3月16日(水)

※申請期限は、厳守でお願いします。

( 注意： 提出書類の医療機関の証明書(様式第2)は、作成に2週間以上かかる場合があります。令和4年2月末まで治療する場合、証明書の作成は申請期限に間に合うように医療機関に依頼してください。)

申請先・問い合わせ

常滑市飛香台3丁目3番地の3

常滑市保健センター(健康推進課)

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。）

※令和3年3月1日から令和4年2月28日までに行った治療が対象となります。

※常滑市に住所がある間に行った検査・治療が対象です。

（夫婦の一方が常滑市に住所がない場合は、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**

次の条件を満たすご夫婦（事実婚状態にある夫婦も含む）

- ・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をしていること。  
ただし事実婚状態にある夫婦の場合は、双方が本市に同一世帯に住民登録をしていること。

## **(3) 助成金額及び助成回数**

- ・令和3年3月1日から令和4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。  
ただし、愛知県内の市町村から転入された方で、同期間の助成をすでに受けた場合においては、当該他市町村が交付した助成金額を控除します。
- ・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。ただし、愛知県内の他市町村から助成金の交付を受けた期間も含めます。

※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、他市町村から不妊検査・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。

#### (4) 助成金申請時期

令和3年4月1日(木)から令和4年3月16日(水)までに、1年間分をまとめて1回で申請してください。

ただし、検査・治療が終了し継続する予定のない場合は、随時申請できます。



**※医療機関によっては証明に2～3週間かかることもありますので、証明書の作成依頼は、早めにしてください。申請期限(3/16)は、厳守をお願いします。**

#### (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)
- 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)
- 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)  
(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)
- ④ 医療機関・薬局への支払いをした領収証(原本)  
(領収書の合計金額と②の証明書の金額が合致しているかご確認のうえ、お持ちください)
- ⑤ 夫と妻それぞれの健康保険証(原本またはコピー)
- ⑥ 戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書(証明日が申請の日より2週間以内のもの)

**・婚姻届けを出している夫婦は、不要です。**

**・事実婚状態の夫婦の場合で本籍が常滑市でない場合は、必要です。**

## 書類についての注意事項

### (1) 常滑市一般不妊治療費等助成金交付申請書兼請求書（様式第1）

- ・ 4 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。  
助成金の支払い先は、**申請者の方の口座への振込みとなります。**
- ・ 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。

### (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。

(注)令和3年度用を使用してください。

- ・ 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。

<常滑市ホームページ（不妊治療費等助成制度のページ）>

サイト内の検索で「不妊治療」で検索してください。

または、「暮らし」→「子ども」→「子どもと親の健康」→「一般不妊治療等助成制度」

### (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）

- ・ 6 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、妻それぞれ自署してください。

- ・ 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。

### (4) 領収書

- ・ 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。申請時に記入された振込先へ交付決定金額を振込みます。

※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。

# 記入方法

提出日を記入してください

式第1 (第7条関係)

## 常滑市一般不妊治療費等助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

常滑市長 様

自署してください

ご夫婦のうち、常滑市に住所のある方を申請者にしてください。交付決定の助成金は申請者名義の口座へ振込みます

申請者 住所  
〒〇〇〇—〇〇〇〇  
常滑市〇〇〇〇〇  
氏名

今回の申請が何回目か〇をつけてください

常滑市一般不妊治療費等助成金交付要綱第7条第1項のり、次のとおり常滑市一般不妊治療費等助成金の交付を申請します。  
なお、助成金の交付が決定された場合には、下記の口座への振り込みを請求します。

※太枠内を記入してください。

		申請回数	1	2	3	4	5	回目
対象者	住所	(フリガナ) 氏名		生年月日				
	夫 常滑市〇〇〇〇〇	(〇〇〇 〇〇〇)	昭和	〇〇年〇月〇日				
妻 同上	(〇〇〇 〇〇〇)	昭和	〇〇年〇〇月〇日					
本籍地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地							
加入医療保険	夫	【保険者名称】( )	【区分】	本人	被扶養者			
	妻	【保険者名称】( )	【区分】	本人	被扶養者			
振込先	金融機関名	〇〇〇〇	銀行 金庫	本店				支店
	預金種別	普通	(フリガナ) 口座名義人	( )				
	口座番号	当座	(申請人と同一)	〇	〇	〇	〇	(左詰記入)
ご加入の医療保険から助成を受けている場合は「あり」に〇をつけてください		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(あり・なし)						
		本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)						
		受けたことがある方 → 助成を受けた市町村名 ( )						
		助成を受けた時期・回数 ( )						
交付申請額		〇〇, 〇〇〇円					請求受理年月日	
(様式第2) 証明書が一番下の欄の【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		円					「あり」場合はできるだけ詳しくご記入ください。	
		(交付・不交付)						
受給者番号								



## 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

〇〇年〇〇月〇〇日

常滑市長 様

住 所 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ください。

夫氏名 〇〇〇 〇〇〇

妻氏名 〇〇〇 〇〇〇

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事項を閲覧すること。
  - (1) 住民基本台帳（本市に住所登録があること、続柄等の確認のため。）
  - (2) 戸籍（法律上の婚姻の届け出をしている夫婦であること、また事実婚の状態にある場合はほかに法律上の配偶者がいないことの確認のため。）
- 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）、助成回数の上限（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。

※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のみご記入ください。夫婦それぞれの住所をご記入のうえ、氏名を自署してください。

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  
(夫婦の一方が常滑市外に住所を有する場合)

常滑市長 様

夫婦のどちらかが、市外に在住の場合のみ、夫・妻それぞれ自署してください。

夫住所

夫氏名

妻住所

妻氏名

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

**夫婦のうち、常滑市に住所を持たない方の住所地に、一般不妊治療費等に係る助成金の受給歴を確認すること。**

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）、助成回数の上限（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、当該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。