

松江市告示第 1 5 2 号

松江市一般不妊治療費等補助金交付要綱を次のように定める。

平成 1 9 年 3 月 3 0 日

松江市長 松 浦 正 敬

## 松江市一般不妊治療費等補助金交付要綱

### (趣旨)

第1条 松江市一般不妊治療費等補助金については、松江市補助金等交付規則（平成17年松江市規則48号）に規定するもののほか、この要綱に定めるところによる。

### (定義)

第2条 この要綱において「医療保険各法」とは、次の各号に掲げる法律をいう。

- (1) 健康保険法（大正11年法律第70号）
- (2) 船員保険法（昭和14年法律第73号）
- (3) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）
- (4) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- (5) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
- (6) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）

2 この要綱において「一般不妊治療等」とは、医療保険各法の規定による不妊治療（診断のための検査等治療の一環として実施される検査を含む。）及び人工授精をいう。

3 この要綱において「自己負担金」とは、一般不妊治療について医療保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合において、被保険者、組合員、又は被扶養者が負担すべき額（当該医療費に対する他の法令に基づく給付及び付加給付金がある場合はその額を控除するものとし、かつ、医療保険各法の規定による入院時食事療養に係る療養を受ける者については、当該入院時食事療養費の給付に関するこれらの法律に規定する標準負担額を除く。）をいう。

( 補助金の対象等 )

第 3 条 補助金の名称、補助金交付の目的、補助金交付の対象となる事業の内容、補助金の額、補助金交付の期間、補助事業者の範囲及び終期は次の表のとおりとし、予算の範囲内で交付するものとする。

補助金の名称	松江市一般不妊治療費等補助金
補助金交付の目的	一般不妊治療等に要する費用の一部を助成することにより、その経済的負担の軽減を図り、子どもを生き育てやすい環境をつくることを目的とする。
補助金交付の対象となる事業の内容	産婦人科又は泌尿器科を標ぼうする医療機関で支払った自己負担金及び人工授精に要した費用（松江市に住所を有する期間に受けたものに限る。）
補助金の額	補助金の額は、自己負担金及び人工授精に要した費用とし、1年につき3万円を上限とする。
補助金の期間	一夫婦に対し、当該夫婦が一般不妊治療等を開始した月から起算して24月間とする。
補助事業者の範囲	戸籍上婚姻関係にある松江市内に住所を有する夫婦（夫婦のいずれかが松江市内に住所を有するものを含む。）であって、かつ、医療保険各法の規定に基づく被保険者、組合員又は被扶養者であるもの
終期	平成21年3月31日

( 補助金の申請等 )

第 4 条 補助金の交付を受けようとする者は、松江市一般不妊治療費等補助金交付申請書（様式第1号）に次の各号に掲げる書類を添えて、治療を行った月の属する年度の末日までに市長に提出しなければならない。

( 1 ) 一般不妊治療等医師証明書（様式第2号）

( 2 ) 戸籍抄本又は外国人登録原票記載事項証明書(夫婦関係が証明できるもの)

( 3 ) 医療機関が発行した領収書

2 前項の規定にかかわらず、補助金の交付決定を受けた者が同一の医療機関で一般不妊治療等を受ける場合は、前項第1号の証明書は省略することができる。

( 雑則 )

第5条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は市長が別に定める。

附 則

この告示は、平成19年4月1日から施行する。

(表面)  
一般不妊治療費等補助金交付申請書

年 月 日

松江市長 様

申請者

住所：松江市

氏名：

印

氏名：

印

電話：( ) -

松江市一般不妊治療費等補助金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

		ふりがな 氏名	生年月日
補助事業者	夫		年 月 日
	妻		年 月 日
	住所	〒	電話 ( ) -
	住所 ( 1 )	〒	電話 ( ) -
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
	預金種別・口座名義	普通 当座	
	口座番号		
加入保険 (夫)	【種別】国保・健保・船員・共済・その他 ( ) 【番号】		
加入保険 (妻)	【種別】国保・健保・船員・共済・その他 ( ) 【番号】		
自己負担金合計	円		
補助金額	円		

(注) 太枠内を記入してください。

1：単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合記入してください。

【添付書類】

- 一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書 (様式第2号)
- 戸籍抄本又は外国人登録原票記載事項証明書 (夫婦関係が証明できるもの)
- 一般不妊治療等に要した費用の支払証明書

その他

- ・申請時は、印鑑・保険証をお持ちください。  
(郵送の方は、保険証の写しを同封してください。)

受付印 (受理月日)

住記確認欄

年 月 日

保険証確認欄

(裏面)

診察日	負担金額	診察日	負担金額	診察日	負担金額
	円		円		円
	円		円		円
	円		円		円
	円		円		円
	円		円		円
	円		円		円
	円		円		円
	円		円		円
	円		円		円
	円		円		円
	円		円		円
	円		円		円
	円		円		円
	円		円		円
	円		円		円

領収書添付欄

