

○浦安市不育症検査・治療費助成規則

平成27年 9 月30日

規則第47号

(目的)

第1条 この規則は、不育症のため子どもを持つことが困難な夫婦（婚姻の届出をしていないが、異性間で事実上婚姻関係と同様の事情（以下「事実婚」という。）にある者を含む。以下同じ。）の不育症に係る健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号に規定する保険医療機関（以下「保険医療機関」という。）が実施する検査及び治療（以下「不育症検査・治療」という。）の費用を助成することにより、その夫婦の経済的負担の軽減を図り、夫婦の妊娠及び出産を支援することを目的とする。

（令6規則52・一部改正）

(定義)

第2条 この規則において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 不育症 2回以上の流産若しくは死産又は早期新生児死亡の既往がある場合をいう。
- (2) 社会保険各法 健康保険法、船員保険法（昭和14年法律第73号）、私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）、国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）及び地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）をいう。
- (3) 被保険者等 社会保険各法に規定する被保険者、加入者若しくは組合員又は被扶養者をいう。
- (4) 検査・治療期間 不育症検査・治療を開始した日から起算して1年を経過する日までの期間をいう。

（令6規則52・一部改正）

(助成の対象者)

第3条 助成の対象者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 申請時において、夫婦の双方又はいずれか一方が本市に住所を有すること。

- (2) 検査・治療期間及び申請時において、夫婦であること。
- (3) 国内の保険医療機関において不育症検査・治療を受けていること。
- (4) 被保険者等であること。
- (5) 不育症検査・治療の開始時において、妻の年齢が43歳未満であること。
- (6) 不育症検査・治療に係る費用について医療保険の適用を受けていないこと。
- (7) 申請時において、夫婦の双方が市税を滞納していないこと。
- (8) 夫婦以外の者による精子又は卵子を用いた生殖補助医療を受けていないこと。

(令6規則52・一部改正)

(助成対象費用及び助成金の額)

第4条 助成の対象となる費用は、夫婦の双方又はいずれか一方が本市に住所を有する期間における夫婦が受けた不育症検査・治療に係る医療費の自己負担分とし、助成金の額は、5万円を限度とする。ただし、次に掲げる費用は、助成の対象となる費用に含めないものとする。

- (1) 入院時の差額ベッド代、食事代、文書料等の直接治療に関係のない費用
- (2) 他の制度により助成を受けている費用

2 助成金の交付は、夫婦1組につき1回に限るものとする。

(令6規則52・一部改正)

(助成の申請)

第5条 不育症検査・治療の費用の助成を受けようとする者は、浦安市不育症検査・治療費助成金交付申請書（別記第1号様式）に次に掲げる書類を添えて、市長に申請しなければならない。ただし、第7号の書類については、市長が市税の滞納の状況を確認することができる場合は、添付することを要しない。

- (1) 不育症検査・治療実施医療機関証明書（別記第2号様式）
- (2) 検査・治療期間内の当該検査及び治療に係る領収書（原本）及び診療明細書
- (3) 被保険者等であることを証する書類の写し
- (4) 戸籍謄本（配偶者が同一世帯でない場合又は事実婚である場合（浦安市

パートナーシップの宣誓の取扱いに関する要綱（令和3年告示第19号）の規定に基づきパートナーシップの宣誓を行った者を除く。）に限る。）

(5) 事実婚関係に関する申立書（別記第3号様式）（配偶者が事実婚である場合に限る。）

(6) 浦安市パートナーシップ宣誓書の写し（配偶者が事実婚である場合であって、浦安市パートナーシップの宣誓の取扱いに関する要綱の規定に基づきパートナーシップの宣誓を行った者に限る。）

(7) 市税を滞納していないことを証する書類

(8) 通帳等の振込口座を確認することができるものの写し

(9) その他市長が必要と認める書類

2 前項の申請は、当該検査・治療期間の末日又は当該不育症検査・治療が終了した日のいずれか早い日の属する年度内に行わなければならない。ただし、やむを得ない理由がある場合においては、翌年度の5月31日までに行うことができる。

（令6規則52・一部改正）

（助成の可否の決定）

第6条 市長は、前条第1項の規定による申請を受けたときは、その内容を審査し、助成の可否を決定し、その結果を、浦安市不育症検査・治療費助成金交付決定通知書（別記第4号様式）又は浦安市不育症検査・治療費助成金不交付決定通知書（別記第5号様式）により、申請者に通知するものとする。

（令6規則52・一部改正）

（助成の決定の取消し）

第7条 市長は、偽りその他不正の手段により助成の決定を受けた者がいるときは、当該決定の全部又は一部を取り消すことができる。

（助成金の返還）

第8条 市長は、前条の規定により助成金の交付の決定を取り消した場合において、当該取消しに係る部分に関し既に助成金が交付されているときは、期限を定めて、その返還を命ずるものとする。

（補則）

第9条 この規則に定めるもののほか、不育症検査・治療の費用の助成に関し

必要な事項は、市長が別に定める。

(令6規則52・一部改正)

附 則

この規則は、平成27年10月1日から施行する。

附 則 (平成28年3月31日規則第17号)

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

附 則 (令和5年3月8日規則第5号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (令和6年3月29日規則第52号)

(施行期日)

1 この規則は、令和6年4月1日(以下「施行日」という。)から施行する。

(経過措置)

2 この規則による改正後の浦安市不育症検査・治療費助成規則の規定は、施行日以後に不育症検査・治療を受ける者及び施行日前に不育症治療等を開始した者であって、令和7年4月1日以降に当該不育症治療等が終了した者について適用し、施行日前に不育症治療等を開始した者であって、令和7年3月31日までに当該不育症治療等が終了した者については、なお従前の例による。

別 記

第1号様式(第5条第1項)

浦安市不育症検査・治療費助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)浦安市長

不育症検査・治療費助成金の交付を受けたいので、必要書類を添えて以下のとおり申請します。

申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日			
	氏 名						
	住 所						
	電話番号						
配偶者	ふりがな		生年月日	年 月 日			
	氏 名						
	住 所						
	電話番号						
保険 医療機関	所在地						
	名 称						
検査・治療の期間	年 月 日 ～ 年 月 日						
申請金額	円						
<p>助成金の申請に当たり、市職員が、申請者及び配偶者の住所、婚姻関係の有無及び課税状況について市が保有する情報を確認し、並びに不育症検査・治療実施医療機関証明書等の内容を医療機関及び調剤薬局に確認することに同意します。</p> <p>また、適正な助成金の交付のために必要な場合には、市職員が他の地方公共団体に情報の照会及び提供を行うことに同意します。</p> <p style="text-align: right;">署名(申請者) _____</p> <p style="text-align: right;">署名(配偶者) _____</p>							
振込先	金融機関名				本店・支店名		
	預金種別	普通 ・ 当座			支店コード		
	口座番号						
	ふりがな						
	口座名義人						

第2号様式（第5条第1項第1号）

不育症検査・治療実施医療機関証明書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

医療機関の名称

所在地

主治医氏名



不育症検査・治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。

	夫	妻
ふりがな 氏名		
生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
既往流死産等回数	流死産回数 _____ 回 早期新生児死亡回数 _____ 回 ※今回の流死産を含む（助成金の対象者となるのは、2回以上の流産、死産 又は早期新生児死亡の既往がある場合）	
検査期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
実施した不育症リスク因子の検査項目	<input type="checkbox"/> 子宮形態検査 <input type="checkbox"/> 血栓性素因スクリーニング（凝固因子検査） <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 絨毛染色体検査 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 先進医療として告示された不育症検査 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体検査 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
検査結果	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり （ 内容： _____ ）	
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
不育症治療の有無	<input type="checkbox"/> 治療なし <input type="checkbox"/> 治療あり （ 内容： _____ ）	
領収金額	_____ 円	

第3号様式（第5条第1項第5号）

事実婚関係に関する申立書

（宛先）浦安市長

年 月 日

① 申立人の住所・氏名

住所 _____

氏名 _____（自署）

② 申立人の住所・氏名

住所 _____

氏名 _____（自署）

私達2名は、事実婚関係にあることを申し立てます。

なお、不育症治療により出生した子について、認知を行う意向があることを申し添えます。

※ 別世帯になっている理由（①と②が別世帯となっている場合には記入）

第4号様式（第6条）

第 号
年 月 日

様

浦安市長



浦安市不育症検査・治療費助成金交付決定通知書

年 月 日付で申請のあった不育症検査・治療費助成金の
交付について、浦安市不育症検査・治療費助成規則第6条の規定により、次
のとおり決定したので通知します。

記

助成金額 金 円

第5号様式（第6条）

第 号
年 月 日

様

浦安市長



浦安市不育症検査・治療費助成金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった不育症検査・治療費助成金について、浦安市不育症検査・治療費助成規則第6条の規定により交付しないことに決定したので通知します。

不交付の理由

教示

- 1 この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、浦安市長に対して審査請求をすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- 2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、浦安市を被告として（訴訟において浦安市を代表する者は浦安市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。