

函館市不妊治療等助成事業実施要綱

(目的)

第1条 国内における不妊治療のうち、厚生労働省にて先進医療として告示された技術（以下「先進医療」という。）については、治療費が高額であることから、先進医療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ることを目的とする。

(実施主体)

第2条 実施主体は、函館市（以下「市」という。）とする。

(対象者)

第3条 助成の対象者は、先進医療を含む一連の不妊治療（治療計画の作成から妊娠の確認または医師の判断により治療を終了する等に至るまでの過程。以下「1回の治療」という。）の期間の初日における妻の年齢が43歳未満である夫婦のうち、次の全ての要件に該当する者（以下「対象者」という。）とする。

- (1) 夫婦のいずれかが市に住所を有する者
- (2) 婚姻をしている夫婦（事実婚関係にある者も含む。）

(対象となる費用)

第4条 第3条に定める対象者が、医療保険適用の不妊治療と併用して実施した先進医療の受診に要した治療費に助成する。

2 第3条に定める対象者が、医療機関（住民登録のある自宅から医療機関まで片道25kmを超える場合に限る。）において、先進医療を受診するときに要した交通費を助成する。

(助成額)

第5条 市は、第4条に定める費用について、別表1に定める助成基準額と助成対象経費の実支出額を比較して少ない方の額に助成率を乗じて得た額を助成するものとする。ただし、交通費については、自家用車を使用した場合等、実支出額の算出が困難な場合においては、助成基準額に助成率を乗じて得た額を助成するものとする。なお、小数点以下は切り捨てることとする。

(助成の申請)

第6条 助成を受けようとする者は、妊娠を確認した日、医師の判断により治療を終了した日、または医師が治療を実施しないもしくは他の診療科での治療とすると判断した日（以下「基準日」という。）の属する年度内に、原則として1回の治療の終了毎に、基準日の翌日から60日以内に市長に対し、不妊治療等助成事業申請書（別記第1号様式）に次の書類を添付して申請を行うものとする。

なお、（2）および（3）の書類については、同一年度内で2回目以降の申請かつ、前回の申請時に提出したのと同じである場合は、添付を省略することができる。（戸籍謄本については、（4）に該当する場合を除く。）

- （1）不妊治療等助成事業受診等証明書（別記第2号様式）
- （2）夫婦が同一の世帯である場合は、世帯分の住民票謄本（記載事項（個人番号を除く。）を省略していない発行日から3か月以内のもの）および戸籍謄本（発行日から3か月以内のもの）
- （3）夫婦が世帯を別にしてしている場合は、両名の居住地の住民票謄本および戸籍謄本（発行日から3か月以内のもの）
- （4）事実婚関係にある場合は、両名の事実婚関係に関する申立書（別記第3号様式）
- （5）検査・治療に係る領収書
- （6）その他対象者等の確認に必要な書類

2 必要な書類の準備に時間を要するなど、特別な事情により年度内に申請できなかった場合においては、基準日が3月末日までにある治療について、翌年度の5月末日までに申請できるものとする。5月末日までに申請できなかった場合においては、申請できなかった理由を申立書等により確認し、正当かつ合理的な理由によると認められる場合は申請できるものとする。

（助成の決定）

第7条 市長は、前条の申請があったときは、速やかに審査を行い、助成の適否および金額について決定するものとする。

2 市長は、助成が適当であると認めたときは、申請者に不妊治療等助成

金助成決定通知書（別記第4号様式）により通知するものとする。

3 助成が不相当であると認めるときは、申請者に不妊治療等助成金不交付決定通知書（別記第5号様式）により通知するものとする。

（助成台帳）

第8条 市長は、助成の状況を明確にするため、不妊治療等助成事業台帳（別記第6号様式）を備え付け、助成の状況を把握しなければならない。

（個人情報）

第9条 市長は、事業の実施に当たっては、申請者の個人情報の保護に十分留意しなければならない。

（その他）

第10条 この要綱に規定するもののほか、この要綱の施行に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和6年1月1日から施行し、令和5年4月1日以降に開始した治療を対象として適用するものとする。

別表1（第5条関係）

（1）治療費

1 区分	2 助成対象経費	3 助成基準額	4 助成率
治療費	<p>事業の対象となる者が、医療機関において検査・治療を受けたときに要した治療費。</p> <p>なお、これまで助成を受けた回数が、初めて助成を受けた際の治療期間の初日における妻の年齢が40歳未満であるときは通算6回（40歳以上であるときは通算3回（助成を受けた後、出産した場合は、これまで受けた助成回数をリセットすることができる。その場合は、原則、住民票と戸籍謄本等で出生に至った事実を確認すること。また妊娠12週以降に死産に至った場合にも助成回数をリセットすることができる。その場合は、死産届の写し等により確認する。))を超える場合は、助成の対象外とする。</p>	<p>50,000円 (交付1回当たり)</p>	10分の7

（2）交通費

1 区分	2 助成対象経費	3 助成基準額	4 助成率																		
交通費	<p>事業の対象となる者が、医療機関において検査・治療を受けたときに要した交通費。</p> <p>1回の治療に対して、5回を限度とする。</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>距離区分</th> <th>補助単価 (往復)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25kmを超えて 50kmまで</td> <td>1,430円</td> </tr> <tr> <td>50kmを超えて 75kmまで</td> <td>2,450円</td> </tr> <tr> <td>75kmを超えて 100kmまで</td> <td>3,200円</td> </tr> <tr> <td>100kmを超えて 125kmまで</td> <td>4,520円</td> </tr> <tr> <td>125kmを超えて 150kmまで</td> <td>5,150円</td> </tr> <tr> <td>150kmを超えて 175kmまで</td> <td>5,880円</td> </tr> <tr> <td>175kmを超えて 200kmまで</td> <td>6,720円</td> </tr> <tr> <td>200kmを超えて</td> <td>8,080円</td> </tr> </tbody> </table>	距離区分	補助単価 (往復)	25kmを超えて 50kmまで	1,430円	50kmを超えて 75kmまで	2,450円	75kmを超えて 100kmまで	3,200円	100kmを超えて 125kmまで	4,520円	125kmを超えて 150kmまで	5,150円	150kmを超えて 175kmまで	5,880円	175kmを超えて 200kmまで	6,720円	200kmを超えて	8,080円	3分の2
		距離区分	補助単価 (往復)																		
		25kmを超えて 50kmまで	1,430円																		
		50kmを超えて 75kmまで	2,450円																		
		75kmを超えて 100kmまで	3,200円																		
		100kmを超えて 125kmまで	4,520円																		
		125kmを超えて 150kmまで	5,150円																		
		150kmを超えて 175kmまで	5,880円																		
		175kmを超えて 200kmまで	6,720円																		
200kmを超えて	8,080円																				

1 区分	2 助成対象経費	3 助成基準額		4 助成率
		225km まで		
		225km を超えて 250km まで	8,820 円	
		250km を超えて 275km まで	9,550 円	
		275km を超える	10,180 円	
		(交付 1 回当たり)		
		※自宅から医療機関までの 距離に応じた区分とする。		

(別紙) 申請金額内訳書

○治療費

かかった費用※1	補助基準額※2	補助額※3
A	B	$C=B \times 7/10$
円	円	円

※1：実際にかかった金額を記入してください。(先進医療分のみ)

※2：Aに記入した金額が50,000円未満の場合、Aに記入した金額を記入してください。

Aに記入した金額が50,000円以上の場合は、50,000円と記入してください。

※3：Bに記入した金額に10分の7を掛けた金額を記入してください。

小数点以下は切り捨ててください。

○交通費

※1	かかった費用 ※2	自宅から医療機 関の距離※3	補助基準額 ※4	補助額 ※5
	A	B	C	$D= C \times 2/3$
1回目	円	km	円	円
2回目	円	km	円	円
3回目	円	km	円	円
4回目	円	km	円	円
5回目	円	km	円	円
計	円			円

※1：助成回数は1回の治療につき、上限5回としています。

※2：公共交通機関を使用した場合、かかった費用を記入してください。分からない場合は空欄で構いません。

※3：Google Maps等で計測した距離を記入してください。

※4：交通費の助成額は、別表のとおり距離に応じた上限額があります。

Aに記入した金額が上限額未満の場合は、Aに記入した金額を記入してください。

Aに記入した金額が上限額以上の場合は、上限額を記入してください。

※5：Cに記入した金額に、3分の2を掛けた金額を記入してください。

小数点以下は、切り捨ててください。

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に関する説明書

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1夫婦当たりの支給回数の上限が決められています。

転入された方は、以前にお住まいの自治体に、この助成金の以前の受給状況を確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取り扱いについては十分留意し、プライバシーは厳守します。

不妊治療等助成事業受診等証明書

下記の者については、先進医療技術となっている不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称
および所在地
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		昭和 平成 年 月 日 (歳)		昭和 平成 年 月 日 (歳)
今回の治療方法 (注1)	先進医療A	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 (SEET法) <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ) <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1 (ERA) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1 (EMMA/ALICE) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2 (子宮内フローラ) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2 (子宮内膜受容期検査) (ERpeak) <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 (IMSI) <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 (Zymot)		
	先進医療B	<input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法 <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査		
今回の治療期間 (注2)	年 月 日 ~ 年 月 日			
領 収 金 額	治療にかかった金額合計 (※保険外診療に限る)			
	先進医療分 ※詳細は裏面	領収金額 _____ 円		

(注1) 治療方法については、厚生労働省が先進医療技術として公表されているものであるため、増減することがあります。

(注2) 治療期間については、治療計画を作成した日から妊娠確認日までを記載してください。

<金額内訳>

	受診日	検査・治療項目	金額
1	年 月 日		円
2	年 月 日		円
3	年 月 日		円
4	年 月 日		円
5	年 月 日		円
6	年 月 日		円
7	年 月 日		円
8	年 月 日		円
9	年 月 日		円
10	年 月 日		円
11	年 月 日		円
12	年 月 日		円
13	年 月 日		円
14	年 月 日		円
15	年 月 日		円
計			円

事実婚関係に関する申立書

令和____年____月____日

下記二名については、事実婚関係にあります。

また、治療の結果、出生した子について認知を行う意思があります。

① 不妊治療等助成事業申請者の住所、氏名

住所 _____

氏名 _____

② 不妊治療等助成事業申請者の住所、氏名

住所 _____

氏名 _____

※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)

函館市長様

函 子 母
年 月 日

様

函館市長

不妊治療等助成金助成決定通知書

年 月 日付けで申請のあった不妊治療等に係る助成
について、次のとおり決定したので函館市不妊治療等助成事業実施要綱
第7条第2項の規定により通知します。

記

- 1 この助成金の交付の対象となる経費および助成金の額は、次のとおりです。

助成対象経費	助成金の額
円	円

- 2 虚偽の申請その他不正な行為があった場合は、この助成金の交付の決定の全部または一部を取り消し、当該取消しに係る部分に関し既に交付された助成金があるときは、その返還を命ずることがあります。
- 3 助成金の返還を命ぜられ、これを納期日までに納付しなかったときは、納期日の翌日から納付の日までの日数に応じ、その未納付額（その一部を納付した場合におけるその後の期間については、その納付額を控除した額）につき年10.95パーセントの割合で計算した違約延滞金を市に納付しなければなりません。

函館市子ども未来部母子保健課

TEL 0138-32-1533

FAX 0138-32-1506

函 子 母
年 月 日

様

函館市長

不妊治療等助成金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった不妊治療等に係る助成
について、助成しないことと決定したので函館市不妊治療等助成事業実
施要綱第7条第3項の規定により通知します。

記

不交付の理由

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から
起算して3か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分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、函館市
を被告として（市長が被告の代表者となります。）、処分の取消しの訴えを提起する
ことができます（処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であつ
ても、処分の日から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、処分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
に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その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か月以内に提起することができます。

函館市子ども未来部母子保健課

TEL 0138-32-1533

FAX 0138-32-1506

不妊治療等助成事業台帳

	(ふりがな) 氏名	生 年 月 日	
夫	()	平成 昭和	年 月 日生 (歳)
妻	()	平成 昭和	年 月 日生 (歳)
住 所	〒 夫・妻 電話		
※ 住 所	〒 夫・妻 電話		
受給者番号		備考	治療開始時年齢 歳・助成上限回数 回

治療費

申請受付 年 月 日	申請額	(交付・不交付) (決定年月日)	助成額	医療機関	治療期間		患者識別 番号の 有 無	備 考
					開 始	終 了		
		(交 付・不交付)			-----			
		(交 付・不交付)			-----			
		(交 付・不交付)			-----			
		(交 付・不交付)			-----			
		(交 付・不交付)			-----			
		(交 付・不交付)			-----			

交通費

申請受付 年 月 日	申請額		(交付・不交付) (決定年月日)	助成額	通院日	備 考
	1 回目		(交 付・不交付)			
	2 回目					
	3 回目					
	4 回目					
	5 回目					
	1 回目		(交 付・不交付)			
	2 回目					
	3 回目					
	4 回目					
	5 回目					

別記第6号様式

	1回目		(交 付・不交付)			
	2回目					
	3回目					
	4回目					
	5回目					
	1回目		(交 付・不交付)			
	2回目					
	3回目					
	4回目					
	5回目					
	1回目		(交 付・不交付)			
	2回目					
	3回目					
	4回目					
	5回目					
	1回目		(交 付・不交付)			
	2回目					
	3回目					
	4回目					
	5回目					

- 1 ※欄は、夫婦の住所が異なる場合に記入する。
 住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。