

福山市不育症治療費助成事業実施要綱

(目的)

第1条 子どもを産み育てたいと願う夫婦に対し、不育症に係る検査及び治療（以下「不育症治療」という。）に要した費用の一部を予算の範囲内で助成することにより、経済的負担の軽減を図り、少子化対策の充実を図る。

(実施主体)

第2条 本事業の実施主体は、福山市とする。

(助成の対象とする不育症治療)

第3条 助成の対象とする不育症治療（以下「対象治療」という。）は、対象医療機関で受けた別表に定めるものとする。

(助成対象期間)

第4条 助成対象期間は、助成する年度の初日を含む年の1月から12月までの1年間とする。

(助成対象者)

第5条 助成対象者は、次に掲げる要件を全て満たす者とする。

- (1) 2回以上の流産、死産又は早期新生児死亡（生後1週〔7日〕未満の死亡をいう。）の既往がある者で、不育症であると医師に診断されたこと。
- (2) 毎年、対象治療を受けた日の初日（以下「治療初日」という。）に、法律上の婚姻をしている夫婦であること。
- (3) 治療初日における妻の年齢（年齢計算ニ関スル法律（明治35年法律第50号）は適用せず、誕生日を加齢日とする。）が43歳未満であること。
- (4) 助成金の交付申請の際（以下「申請日」という。）に、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）の規定に基づき本市の住民基本台帳に登録されていること。
- (5) 夫及び妻の前年の所得（1月から5月までの申請については前々年の所得）の合計額が730万円未満であること（所得の範囲及び所得の額の計算方法は、児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第2条及び第3条の規定による。）。

(対象医療機関)

第6条 対象医療機関は、国内の医療機関とする。

(助成金の額)

第7条 助成金の額は、助成対象期間に行った対象治療に要した費用（助成対象者が支払った額とし、複数の医療機関を受診した場合は、合算した額とする。）に対して、1年度につき30万円を限度とする。

(助成の申請)

第8条 不育症治療費の助成を受けようとする者は、助成対象期間に行った対象治療について、同年4月1日から翌年3月31日までの間に、次に掲げる書類を添えて、福山市不育症治療費助成申請書により市長に申請するものとする。ただし、第2号から第4号までの書類については、申請者の同意を得てその内容の確認が可能な場合は、省略できるものとする。

- (1) 福山市不育症治療費助成申請に係る証明書
- (2) 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類
- (3) 夫及び妻の所得額及び控除額を証明できる書類
- (4) その他市長が必要と認める書類

- 2 郵送による場合は、消印日を申請日とする。
- 3 第1項に規定する申請は、夫婦1組につき、1年度に1回を限度とする。

(審査及び結果の通知)

第9条 市長は、第8条の規定による申請があったときは、速やかに審査を行い、助成の可否及び金額を決定する。

- 2 市長は、前項に規定する決定を行った場合は、その旨を申請者に通知する。

(助成金の返還等)

第10条 市長は、次の各号のいずれかに該当するときは、助成金の交付の決定の全部又は一部を取り消すことができる。この場合において、当該取消しの部分について、既に助成金が交付されているときは、その返還を命ずるものとする。

- (1) この要綱に違反したとき。
- (2) 錯誤又は虚偽その他不正な手段により助成金の交付を受け、又は受けようとしたとき。

(台帳の整備等)

第11条 市長は、不育症治療費の助成状況を管理するため、不育症治療費助成事業台帳を備え付け、必要な事項を記載し整理する。

(助成金の支払)

第12条 市長は、第9条の規定による審査の結果、助成することを決定した場合は、速やかに助成する額を申請者に支払うものとする。

- 2 助成金の支払は、申請者の金融機関の預貯金口座に口座振替の方法により行うものとする。

(雑則)

第13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

- 1 この要綱は、2018年(平成30年)6月20日(以下「施行日」という。)から施行する。
- 2 2018年度(平成30年度)の助成対象期間は、第4条の規定にかかわらず、2018年(平成30年)4月から同年12月までとする。
- 3 助成対象者が施行日前から引き続き対象治療を受けている場合、第5条第2号中「対象治療を受けた日の初日」とは、「2018年(平成30年)4月1日以降に対象治療を受けた日の初日」とする。

附 則

- 1 この要綱は、2019年(平成31年)4月1日から施行し、2019年(平成31年)1月1日から適用する。ただし、2018年(平成30年)12月31日までに係る対象治療については、なお従前のおりとする。

別表（第3条関係）

検査	一次スクリーニング	子宮形態検査	子宮卵管造影検査（HSG）	
			Sonohysterography（子宮腔内液体注入法）	
			二次元，三次元経膈超音波検査	
			中隔子宮と双角子宮の鑑別に用いるMRI検査・超音波検査	
		内分泌検査	甲状腺機能（fT4，TSH）	
			糖尿病検査（血糖値，HbA1c）	
		夫婦染色体検査		
		抗リン脂質抗体	抗カルジオリピン β_2 グリコプロテインI（CL β_2 GPI）複合体抗体	
			抗カルジオリピン（CL）IgG抗体	
			抗カルジオリピン（CL）IgM抗体	
	ループスアンチコアグラント			
	選択的検査	抗リン脂質抗体	抗PEIgG抗体 （抗フォスファチジルエタノールアミン抗体）	
			抗PEIgM抗体 （抗フォスファチジルエタノールアミン抗体）	
		血栓性素因スクリーニング（凝固因子検査）	第Ⅶ因子活性	
			プロテインS活性又はプロテインS抗原	
プロテインC活性又はプロテインC抗原				
APTT（活性化部分トロンボプラスチン時間）				
その他市長が必要と認めたもの				
治療	医師が不育症の治療として必要と認めたもの ただし，手術は，子宮形態異常に対する中隔子宮のものに限る。			

備考 次に掲げる費用に係るものは，助成の対象としない。

- （1）入院時食事療養費，個室使用料及び文書料等の不育症治療に直接関係のない費用
- （2）出産（流産及び死産を含む。）に係る費用
- （3）処方箋によらない医薬品等の費用
- （4）本市が実施する特定不妊治療又は一般不妊治療の助成を受けている費用