

## 神戸市不妊治療ペア検査助成事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、不妊に悩む方が早期受診し、不妊症の早期発見、早期治療を促進するとともに、その経済的負担の軽減を図るため、不妊の検査に要する費用の助成に關して必要な事項を定めることを目的とする。

### (用語の定義)

第2条 この要綱において「不妊症」とは、「生殖年齢の男女が妊娠を希望し、ある期間避妊すること無く性交渉をおこなっているにもかかわらず、妊娠の成立を見ない場合を不妊といい、妊娠を希望し医学的治療を必要とする場合」をいう。

### (実施主体)

第3条 本事業の実施主体は、神戸市とする。

### (助成対象者)

第4条 本事業の助成対象者（以下、「対象者」という。）は、次の要件のすべてを満たす者とする。

- (1) 神戸市内に申請日現在、夫婦のいずれかが住所を有しており、法律上の婚姻または事実婚の夫婦であること。
- (2) 当該助成に係る検査を行った期間の初日における妻の年齢が43歳未満であること。
- (3) 夫婦そろって受診した者（やむを得ず夫婦別で受診し、妻と夫の初回受診の間隔が原則1ヶ月以内の場合は可）。
- (4) 前年（申請日が1月から5月までの場合は、前々年）の夫婦合算の所得額が400万円未満であること。（所得の範囲及び額の計算方法については、児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第2条及び第3条の例による。）
- (5) 令和3年4月1日以降に不妊の検査を受けた者とする。
- (6) 申請に係る検査について、他の自治体を実施する不妊の検査の助成を受けていないこと。

### (助成内容)

第5条 助成の対象となる費用は、対象者が日本国内の医療機関で受けた、医療保険が適用されない不妊の検査に要した費用とする。

2 助成する額は、前項の7/10とする。上限5万円とする。

3 助成回数は、夫婦1組につき1回とする。

(助成の申請)

第6条 対象者は、原則として検査を実施した日の属する年度内（3月31日まで）に、神戸市不妊治療ペア検査助成事業申請書（様式第1号）、神戸市不妊治療ペア検査助成事業受診等証明書（様式第2号）及び必要書類を添えて、市長に申請を行うものとする。

(助成の決定)

第7条 市長は、申請書の提出を受けたときは、速やかにこれを審査し、その結果を申請者に書面により通知するものとする。ただし、不承認と決定したときは、その理由を付して通知しなければならない。

(助成金の返還等)

第8条 市長は、申請者が偽りその他不正な行為により助成を受け、また受けようとすることが明らかと認められるときは、助成金の交付決定を取り消し、又は交付した助成金の全部もしくは一部の返還を請求することができる。

(補則)

第9条 本事業は、保険診療と保険外診療を組み合わせる行う混合診療を認めるものではなく、保険外診療である不妊の検査を受けた場合の自己負担の一部を助成するものである。

- 2 本事業でいう「不妊の検査」には一般不妊治療、特定不妊治療および当該治療に係る検査、不育症に係る治療および検査、婦人科健診等は含まれない。
- 3 この要綱に定めるもののほか、本事業の実施に関して必要な事項は別に定める。

附 則

(施行期日)

第1条 この要綱は、令和3年8月1日に施行し、令和3年4月1日から適用する。

## 神戸市不妊治療ペア検査助成事業申請書

- 1 関係書類を添えて下記のとおり不妊症検査費の助成を申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、住民票及び所得証明書等の確認を行うことに同意します。
- 2 本申請にあたり、以前居住していた自治体での助成の有無の確認を行うことに同意します。
- 3 本申請に係る検査に対し、他の自治体の助成を受けません。

記

		(ふりがな) 氏名	生年月日	
夫	( ) ※自署		昭和 平成	年 月 日生 ( 歳)
	( ) ※自署		昭和 平成	年 月 日生 ( 歳)
住所(※1)	〒		電話 ( )	
住所(※2)	〒		電話 ( )	
検査にかかった費用の合計額 (保険適用外のもの) 金 _____ 円 ①				
申請額 金 _____ 円 ①のうち7/10 (上限5万円)				
_____ 年 月 日				
神戸市長 宛				
振込先 (※3)	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	( )
	口座番号	(左詰記入)		
申請受理年月日		年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
受給者番号				

注1) 太枠の中をご記入ください。

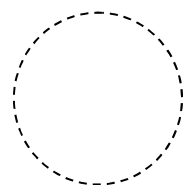
- ※1: 夫婦の住所を記入する。
- ※2: 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合に記入する。
- ※3: 口座名義人は申請者の個人名義であること。

注2) 申請期限、助成要件等があるので、あらかじめご確認ください。

- (添付書類) 1. 神戸市不妊治療ペア検査助成事業受診等証明書 (様式第2号)
2. 領収書 (受診等証明書の領収年月日及び領収金額と一致するもの)
3. 戸籍謄本及び事実婚申立書 (事実婚のみ)

※住民票が神戸市に無い場合や、夫と妻の住所が異なる場合など、審査の関係上、別途確認書類の提出が必要となる場合があります。詳しくはリーフレットをご確認ください。

受付印



夫及び妻の所得額

	夫(A)	妻(B)	控除額(C)	計 (A+B-C)	適・否
( ) 年分					

## 神戸市不妊治療ペア検査助成事業受診等証明書

下記の者については、不妊症の検査を実施し、これにかかる医療保険適用外の検査費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

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)			
今回の検査内容							
今回の検査期間 ※1	年 月 日 ~ 年 月 日	今回の検査による治療 の必要性の有無			今回の検査による 不妊治療の有無		
		有	無	不明	有	無	不明
領収年月日	年 月 日 ~		年 月 日				
領収金額		円 (※2)					

※1：検査期間については、初診の日から検査終了日までを記載してください。

※2：今回の検査期間における領収金額（医療保険適用外の医療費）を記載してください。

（記載の領収金額を満たす領収書を添付してください。）