

令和5年3月31日

告示第117号

(趣旨)

第1条 この告示は、不妊検査による経済的な負担の軽減を図ることにより、市民が安心して子どもを産み育てることができる環境づくりを推進するため、不妊検査費助成金(以下「助成金」という。)を給付することに関し、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この告示において、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) 夫婦 民法(明治29年法律第89号)に規定する婚姻又は婚姻の届出をしていないが事実上夫婦と同様の関係(以下「事実婚」という。)にある者をいう。
- (2) 医療保険各法 次に掲げる法律の総称をいう。
 - ア 健康保険法(大正11年法律第70号)
 - イ 国民健康保険法(昭和33年法律第192号)
 - ウ 船員保険法(昭和14年法律第73号)
 - エ 国家公務員共済組合法(昭和33年法律第128号)
 - オ 地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)
 - カ 私立学校教職員共済法(昭和28年法律第245号)
- (3) 不妊検査 健康保険法第63条第3項第1号の保険医療機関(以下「医療機関」という。)の医師が、医療保険各法の規定による給付の対象であるか否かを問わず、不妊の原因を調べるために、医師が必要と認める検査をいう。
- (4) 市税等 日向市税賦課徴収条例(昭和30年日向市条例第17号)に規定する市税及び日向市国民健康保険税条例(昭和33年日向市条例第15号)に規定する国民健康保険税をいう。

(助成対象者)

第3条 助成の対象となる者は、次に掲げる要件を全て満たす夫婦とする。

- (1) 夫婦の一方又は両方が、申請日及び助成期間において、住民基本台帳法(昭和42年法律第81号)第6条に規定する日向市の住民基本台帳に登録されていること。
- (2) 今回申請しようとする不妊検査に係る費用について、他自治体から助成を受けておらず、又は受けようとしていないこと。
- (3) 市税等を完納していること。
- (4) 不妊検査開始日における妻の年齢が43歳未満であること。
- (5) 過去に本助成金の給付を受けていないこと。

(助成対象となる費用)

第4条 助成の対象となる費用(以下「対象経費」という。)は、令和5年4月1日以降に不妊検査を実施し、対象者が医療機関に対して負担する不妊検査に係る費用(当該費用の証明に係る文書料を含む。)とする。ただし、3万円(夫婦それぞれが助成金の給付を受ける場合にあっては、合算した額とする。)を上限とする。

(助成金の給付申請)

第5条 助成金の給付を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、日向市不妊検査費助成金給付申請書兼請求書(様式第1号)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。

- (1) 日向市不妊検査費助成事業医療費等証明書(様式第2号)
- (2) 対象経費に係る領収書及び診療明細書又はその写し
- (3) 同意書(様式第3号)
- (4) 夫婦いずれかの戸籍謄本(婚姻の届出をしているが属する世帯が同一でない場合に限る。)
- (5) 夫婦それぞれの戸籍謄本(事実婚である場合に限る。)
- (6) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

2 前項の申請は、夫婦いずれか早い方の不妊検査開始日から1年以内に行わなければならない。ただし、やむを得ない事情があると市長が認めるときは、この限りでない。

3 申請者は、市の住民基本台帳に登録されている者でなければならない。

(給付決定等)

第6条 市長は、前条第1項の規定による申請があったときは、速やかにその内容を審査し、助成金の給付の可否を決定するものとする。

2 市長は、前項の規定により助成金の給付の可否を決定したときは、日向市不妊検査費助成金給付決定通知書(様式第4号)又は日向市不妊検査費助成金不給付決定通知書(様式第5号)により申請者にその旨を通知するものとする。

3 市長は、助成が適正であるかを判断するため、必要に応じて他自治体への助成金の給付の申請に係る情報の照会若しくは提供又は医療機関への検査内容等の照会を行うことができるものとする。

(助成金の支払)

第7条 市長は、前条第1項の規定による審査の結果、助成金を給付するものとして決定したときは、速やかに助成金を申請者に支払うものとする。

(助成金の返還等)

第8条 市長は、この告示に違反し、又はその他不正の行為によって助成金の給付を受けた場合は、助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(助成台帳)

第9条 市長は、助成金の給付資格の適正を期するため、日向市不妊検査費助成事業台帳(様式第6号)を備え付けるものとする。

(その他)

第10条 この告示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 この告示は、公表の日から施行し、令和5年4月1日以降に実施した不妊検査について適用する。
- 2 この告示は、令和11年3月31日限り、その効力を失う。

附 則(令和8年3月31日告示第103号)

この告示は、公表の日から施行する。

様式第1号（第5条関係）

日向市不妊検査費助成金給付申請書兼請求書

年 月 日

日向市長 様

日向市不妊検査費助成事業実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて助成金の給付の申請し、及び請求します。なお、本申請に係る対象経費について、私たちは他自治体から同様の助成を受けていないことを誓約します。

区 分	申請者（請求者）		配偶者・内縁者	
ふりがな				
氏 名				
生年月日	年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）	
住 所	〒		(申請者と異なる場合のみ記入) 〒	
電話番号	— —		— —	
(事実婚に該当する場合は☑) ☐ 私たちは事実婚であることを申し立てます。				
助成金の申請（請求）額		円（上限30,000円）		
振 込 先 義	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所	口座 種別
	口座番号	口座名義 (フリガナ)		普通 当座

※太枠内を記入してください。

※本助成金の事務執行に必要な範囲で他の行政機関に情報を提供することがあります。

【市記載欄】

決定年月日	年 月 日	給付 ・ 不給付
受給者番号		
対象経費	円	
助成金の決定額	円	
他市町村からの助成の重複	なし ・ あり	
証 明 欄	上記の者は市税及び国民健康保険税の滞納がないことを証明する。 年 月 日 日向市長	

【添付書類】

- 1 日向市不妊検査費助成事業医療費等証明書（様式第2号）
 - 2 医療機関が発行する対象経費に係る領収書及び診療明細書又はその写し
 - 3 同意書（様式第3号）
 - 4 夫婦いずれかの戸籍謄本（婚姻の届出をしているが属する世帯が同一でない場合に限る。）
 - 5 夫婦それぞれの戸籍謄本（事実婚である場合に限る。）
 - 6 その他市長が必要と認める書類（ ）
- ※申請者（請求者）は、市の住民基本台帳に登録されている方になります。ご本人の確認のため、マイナンバーカード、運転免許証等をご持参ください。
- ※振込口座が申請者名義の預金通帳及び印鑑（シャチハタ以外）をご持参ください。

様式第2号（第5条関係）

日向市不妊検査費助成事業医療費等証明書

日向市長 様

下記の者について、次のとおり不妊の原因を調べるための検査を実施し、これに係る医療費等を領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関名

所在地

主治医氏名

記

ふりがな 受検者氏名	夫			妻		
受検者生年月日		年 月 日			年 月 日	
不妊の原因を調べるための検査の実施状況	検査実施期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
	検査実施日数	延べ 日				
受検者負担額の 内訳（検査）	区分（診療月）	夫	妻	受検者負担額（計）		
	年 月分			円		
	年 月分			円		
	年 月分			円		
	年 月分			円		
	年 月分			円		
	年 月分			円		
	年 月分			円		
	年 月分			円		
	年 月分			円		
	年 月分			円		
	年 月分			円		
	文書料（証明書）					円
合計					円	

※受検者負担額は、次の点に留意して御記入ください。

- ・受検者に関して行った不妊の原因を調べるための検査に係る費用（医療保険各法の規定による給付の対象であるか否かは問いません。）のみを記入
- ・夫婦ともに検査を行った場合は、月ごとに合算
- ・令和5年4月1日以降に行った検査が対象

様式第3号（第5条関係）

同 意 書

年 月 日

日向市長 様

申請者（住 所）

（氏 名）

私は、日向市不妊検査費助成金給付申請の審査において、夫婦の住民登録状況並びに夫婦（同一世帯者を含む。）の市税及び国民健康保険税の納付状況を閲覧されることに同意します。

また、他自治体へ助成金の給付に係る情報の照会若しくは提供又は医療機関へ検査内容等を照会されることについて同意します。

様式第4号（第6条関係）

文 書 番 号
年 月 日

様

日向市長

日向市不妊検査費助成金給付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった日向市不妊検査費助成金について、下記のとおり給付することに決定しましたので通知します。

記

助成金給付決定額

金

円

様式第5号（第6条関係）

文 書 番 号
年 月 日

様

日向市長

日向市不妊検査費助成金不給付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった日向市不妊検査費助成金について、下記の理由により給付しないことに決定しましたので通知します。

記

不給付の理由

様式第6号（第9条関係）

日向市不妊検査費助成事業台帳

受給者 番 号	申 請 年月日	申請額 〔円〕	給 付 年月日	夫		妻		助成額〔円〕 〔決定額〕	医 療 機関名
				氏 名	生年月日 (歳)	氏 名	生年月日 (歳)		
					(歳)		(歳)		
					(歳)		(歳)		
					(歳)		(歳)		
					(歳)		(歳)		
					(歳)		(歳)		
					(歳)		(歳)		
					(歳)		(歳)		
					(歳)		(歳)		
					(歳)		(歳)		
					(歳)		(歳)		
					(歳)		(歳)		
					(歳)		(歳)		
					(歳)		(歳)		

様式第 1 号(第 5 条関係)

様式第 2 号(第 5 条関係)

様式第 3 号(第 5 条関係)

様式第 4 号(第 6 条関係)

様式第 5 号(第 6 条関係)

様式第 6 号(第 9 条関係)