

## 日向市特定不妊治療の助成について



宮崎県又は宮崎市の助成対象となった特定不妊治療が終了している方に対し、  
経済的負担の軽減を図るために、その特定不妊治療の一部を助成します。

※宮崎県又は宮崎市の助成が受けられない場合、日向市の助成も受けられません。

※日向市では、男性不妊治療についての助成は、行っていません。

○対象者 次の①、②、③、④、⑤すべてに該当する方

- ① 特定不妊治療が終了した日に日向市の住民基本台帳に記載されている。
- ② 治療期間の初日の妻の年齢が43歳未満である。
- ③ 宮崎県又は、宮崎市から特定不妊治療助成金の給付決定を受けている。(給付決定通知が届いている。)
- ④ 夫婦とも納期到来分の日向市に納めるべき市税(市民税、軽自動車税、固定資産税、国民健康保険税等)を完納している。
- ⑤ 夫婦の住所地が異なる場合、宮崎市以外の他市町村において、特定不妊治療費助成を受けていない、又は申請予定でない。

日向市住民であること!

**まず、保健所に手続きしてください。**



○申請方法・期限

保健所に申請後、給付決定通知が届いたら「日向市こども課」へ申請手続きをお願いします。  
治療が終了した日の翌年度の末日までに申請してください。申請期限が過ぎた場合は受付できません。  
※保健所への申請が終わり、「決定通知」を受け取ったらできるだけ早めに手続きしてください。



申請時に必要な書類など

- 日向市特定不妊治療費助成金給付申請書 (こども課にて配布)  
(申請書の一番下の欄に税務課証明欄があります。  
市民課窓口で市税等の滞納がないことを証明してもらってください。手数料300円が必要です。)
- 同意書 (こども課にて配布)
- 請求書 (こども課にて配布) 振込先の通帳 (こども課でコピーします。口座番号等確認のため)
- 「宮崎県(市)不妊に悩む方への特定治療費助成金給付決定通知書(原本)」  
(確認後、こども課でコピーします。)
- 「領収書(医療機関発行)コピー」
- 宮崎県又は宮崎市の「不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書 コピー」
- 認印(シャチハタ不可です。)
- 申立書(こども課にて配布) ※夫妻のいずれかが日向市外に居住している場合に必要となります。

## ○助成回数

妻の年齢が40歳未満 1子あたり6回(40~43歳は、3回)

※宮崎県又は宮崎市での助成金給付通算回数(40歳未満6回、40~43歳3回)が終了した場合は、日向市の助成も終了となります。今までの助成回数も含まれます。

## ○市助成金

特定不妊治療費から、宮崎県又は宮崎市の助成額を差し引いた額とし、1回の治療費につき、宮崎県(宮崎市)助成額の1/3の額(5万円を上限額)とします。

宮崎県(宮崎市)助成額で特定不妊治療費を全額助成された場合は市からの助成はありません。

例1) かかった費用が25万円で、県の助成額が7万5千円の場合

日向市からの助成額は、県の助成額の1/3なので 2万5千円 となります。

例2) かかった費用が40万円で、県の助成額が30万円の場合

日向市からの助成額は、県の助成額1/3、計算すると10万円ですが、上限が5万円なので 5万円 となります。

例3) かかった費用が15万円で、県の助成額が15万円の場合

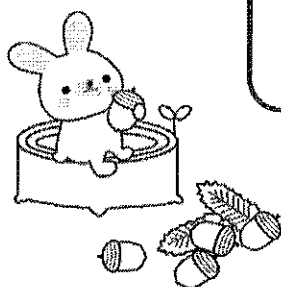
日向市からの助成額はありません。



## ○審査決定について

申請書類提出後に、審査を行い、助成金給付の可・否の通知を送付します。

助成金の給付が決定された方には、その後指定口座に振り込みます。



問い合わせ先 日向市役所こども課 子育て支援係  
電話：0982-66-1021

受給者番号	
-------	--

日向市特定不妊治療費助成金給付申請書

令和 年 月 日

日向市長様

(申請者) 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

日向市特定不妊治療費助成金給付要綱第7条の規定により、添付書類を添えて、下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

区分	夫	妻
フリガナ 氏名		
生年月日(年齢)	昭和・平成 年 月 日( 歳)	昭和・平成 年 月 日( 歳)
住所 電話番号	〒 _____	〒 _____
過去の助成実績	<input type="radio"/> 本市で助成を受けた回数 ( 回) <input type="radio"/> 他の市町村( )で過去に助成を受けた回数( 回)	
申立欄	<input type="radio"/> 今回の助成申請に係る特定不妊治療費用に対し、他の市町村からの助成を受けて( いない・いる ) ※予定を含む	

【市記載欄】 下記の欄には記入しないでください。

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		過去の助成回数	回
給付決定額			円
算定額	費用額 (A)		円
	県助成金額 (B)		円
	助成金対象額 (A-B)		円
	助成金額 ※(A-B)、(B)/3の少ない方 上限50,000円		円
審査	<input type="radio"/> 他の市町村からの助成の重複 なし・あり <input type="radio"/> その他( )		
	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。 令和 年 月 日 日向市長 十屋 幸平		

- (添付書類) 1 宮崎県又は宮崎市の「不妊に悩む方への特定治療費助成金給付決定通知書」の写し  
 2 上記1に係る助成金給付申請書に添付した、医療機関が発行する「不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書」の写し  
 3 医療機関発行の特定不妊治療費の領収書の写し  
 4 同意書 5 請求書 6 申立書 7 その他市長が必要と認める書類  
 ※「6 申立書」につきましては、夫婦にずれかが日向市外に居住している場合に必要となります。

## 同 意 書

私は、日向市特定不妊治療費助成金給付申請の審査において、下記の事項に同意します。

1. 夫婦の住民登録状況並びに夫婦の市県民税の課税状況及び所得状況並びに夫婦（夫婦以外の同一世帯者を含む。）の市税及び国民健康保険税の納付状況を照会されることに同意します。
2. 日向市特定不妊治療費助成金給付要綱第8条第4項に基づき、宮崎県、宮崎市又は他市町村に対し特定不妊治療助成金の給付に係る情報を照会若しくは提供されること又は医療機関に対し治療内容等を照会されることについて同意します。

年 月 日

日 向 市 長 様

申 請 者 （ 住 所 ）

（夫氏名）

（妻氏名）

# 請 求 書

金 \_\_\_\_\_ 円

ただし、日向市特定不妊治療費助成金として、請求いたします。

年 月 日

日 向 市 長 様

住 所

氏 名 (申請者)

印

振 込 先	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	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

※ 振込先は申請者の口座をご指定下さい。

※ 請求書とあわせて、振込先通帳、印鑑(シャチハタ以外)をご持参ください。

