

総社市告示第106号

総社市生殖補助医療費助成金給付事業実施要綱（令和5年総社市告示第18号）の一部を次のように改正する。

令和5年10月2日

総社市長 片岡 聡 一

次の表の改正前の欄中下線が引かれた部分（様式の表示を除く。以下「改正部分」という。）に対応する同表の改正後の欄中下線が引かれた部分（様式の表示を除く。以下「改正後部分」という。）が存在する場合には、当該改正部分を当該改正後部分に改め、改正部分に対応する改正後部分が存在しない場合には、当該改正部分を削り、改正後部分に対応する改正部分が存在しない場合には、当該改正後部分を加える。

次の表の改正前の欄中様式の表示に下線が引かれた様式と同表の改正後の欄中様式の表示に下線が引かれた様式とする。

改正後	改正前
<p>(対象医療機関)</p> <p>第4条 給付対象者に対して生殖補助医療を行う医療機関（以下「対象医療機関」という。）は、次の各号に掲げる生殖補助医療の区分に応じ、当該各号に定めるものとする。</p> <p>(1) 略</p> <p>(2) 保険外診療による生殖補助医療 <u>前号に掲げる医療機関又は公益社団法人日本産科婦人科学会の登録施設のうち、体外受精・胚移植に関する登録施設若しくは顕微授精に関する登録施設として登録されている医療機関</u></p> <p>(助成金の額)</p> <p>第6条 助成金の額は、給付対象者が対象医療機関に支払った金額のうち、次の各号に掲げる生殖補助医療の区分に応じ、当該各号に定める額とする。ただし、その額に1,000円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てた額とする。</p> <p>(1) 保険診療と先進医療との併用診療による生殖補助医療 <u>対象治療に係る治療費等として支払った金額（保険診療による自己負担として支払った額を除く。）</u>に10分の7を乗じて得た額とし、10万円を限度とする。</p>	<p>(対象医療機関)</p> <p>第4条 給付対象者に対して生殖補助医療を行う医療機関（以下「対象医療機関」という。）は、次の各号に掲げる生殖補助医療の区分に応じ、当該各号に定めるものとする。</p> <p>(1) 略</p> <p>(2) <u>保険診療と保険外診療との併用診療</u>による生殖補助医療 公益社団法人日本産科婦人科学会の登録施設のうち、体外受精・胚移植に関する登録施設 <u>又は顕微授精に関する登録施設として登録されている医療機関</u></p> <p>(助成金の額)</p> <p>第6条 助成金の額は、給付対象者が対象医療機関に支払った金額のうち、次の各号に掲げる生殖補助医療の区分に応じ、当該各号に定める額とする。ただし、その額に1,000円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てた額とする。</p> <p>(1) 保険診療と先進医療との併用診療による生殖補助医療 <u>対象治療に係る治療費等として支払った金額に10分の7を乗じて得た額とし、10万円を限度とする。</u></p>

改正後	改正前
<p>(2) 保険外診療による生殖補助医療 対象治療に係る治療費等として支払った金額に10分の7を乗じて得た額とし、20万円を限度とする。</p> <p><u>様式第1号(第8条関係)</u> (別紙のとおり)</p>	<p>(2) <u>保険診療と保険外診療との併用診療</u>による生殖補助医療 対象治療に係る治療費等として支払った金額に10分の7を乗じて得た額とし、20万円を限度とする。</p> <p><u>様式第1号(第8条関係)</u> 略</p>

附 則
この告示は、公布の日から施行する。

総社市生殖補助医療費助成金給付申請書

年 月 日

総社市長 様

次のとおり生殖補助医療費助成金の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

また、審査にあたり市が住民基本台帳、市民税課税台帳等の確認を行うこと及び必要な場合には、他の自治体及び医療機関へ照会することに同意します。

申請者 (口座名義人)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所		電話番号	
夫又は妻	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所		電話番号	
<input type="checkbox"/> 事実上婚姻関係と同様の事情にある者（過去に同事情で助成を受けた者を含む。）				
申請回数	生殖補助医療費助成申請回数 ①初回 ②通算（ ）回目 ※②の場合初めて申請した治療の開始時の妻の年齢（ ）歳			
申請額 (1,000円未満切捨)	<input type="checkbox"/> 保険診療と先進医療の併用診療 円 (先進医療に係る治療費等として支払った額の7割。上限10万円)			
	<input type="checkbox"/> 保険外診療 円 (支払った費用の7割。上限20万円)			
1 生殖補助医療の通算回数（ ）回目 2 今回の治療を開始した時の年齢 妻（ ）歳 ・ 夫（ ）歳 3 助成を受け妊娠し出産した場合は子の氏名と生年月日を記載 妊娠12週以降に死産した場合は死産届の写しを添付 子の氏名（ ）（生年月日 年 月 日）				
助成金振込先	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 支所 農協 出張所		
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

添付書類

- 1 生殖補助医療受診等証明書
- 2 続柄、世帯全員が記載された住民票の写し：発行から3箇月以内のもの（原本）
- 3 戸籍謄本：発行から3箇月以内のもの（原本）
- 4 領収書及び診療明細書の写し

受付印欄	総社市記入欄		
	決定年月日	年 月 日	給付・不給付
	助成金額	円	