

長野市不妊治療を希望する方の応援事業実施要綱

(目的)

第1 この要綱は、不妊治療を受ける夫婦の経済的負担の軽減を図るため、長野市不妊治療を希望する方の応援事業を実施することに関し、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2 この要綱において、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) 長野市不妊治療を希望する方の応援事業 不妊治療のうち、生殖補助医療（医療保険各法による療養の給付の対象となる体外受精又は顕微授精であって、治療ステージごとに市長が別に定める一連の治療に限る。以下同じ。）及び男性不妊治療（市長が別に定める治療を除き、生殖補助医療に併せて受けるものに限る。以下同じ。）に要する医療費の一部を助成する事業をいう。

(2) 医療保険各法 健康保険法（大正11年法律第70号）、船員保険法（昭和14年法律第73号）、私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）、国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）又は地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）をいう。

(助成の対象となる者)

第3 助成の対象となる者は、次に掲げる要件の全てを満たす夫婦（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合（以下「事実婚」という。）のものを含む。以下同じ。）とする。

- (1) 生殖補助医療を受けた夫婦であること。
- (2) 生殖補助医療以外の治療方法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと医師に判断されていること。
- (3) 夫婦のいずれかが、第7の規定による助成の申請を行う日（以下「申請日」という。）において、市内に居住し、かつ、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）の規定により本市の住民基本台帳に記録されていること。
- (4) 申請日において市税に滞納がないこと。
- (5) 申請日の属する年度において、他の地方公共団体から、この要綱に基づく助成を受けようとする生殖補助医療に対する助成等を受けていない又は助成等の決定がされていないこと。
- (6) 医療保険各法による医療保険制度のいずれかに加入していること。
- (7) 助成を受けようとする初回の生殖補助医療における採卵準備のための投薬を開始した日（生殖補助医療のうち市長が別に定める治療を受けた場合にあつては、市長が別に定める日とする。以下「治療初日」という。）における妻の年齢が43歳未満であること。

(対象経費)

第4 助成の対象となる経費（以下「対象経費」という。）は、生殖補助医療及び男性不妊治療（医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中止した場合（卵胞が発育し

ない等の理由により卵子採取以前に治療を中止した場合を除く。)は、中止するまでの治療とする。)に要した医療費(市長が適当と認める文書料、管理料等の経費を含む。以下同じ。)とする。ただし、次に掲げる治療等に要した経費は、助成の対象としない。

- (1) 夫婦以外の第三者からの精子、卵子又は胚の提供による不妊治療
- (2) 妻が卵巣及び子宮を摘出したこと等により、妻の卵子が使用できず、かつ、妻が妊娠できない場合に、夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産をする治療
- (3) 妻が子宮を摘出したこと等により妻が妊娠できない場合に、夫の精子と妻の卵子とを体外受精して得た胚を妻以外の第三者の子宮に注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産をする治療
- (4) 長野県不妊治療(先進医療)費用助成事業の対象となる不妊治療
- (5) 長野県妊活健診(不妊検査)費用助成事業の対象となる不妊検査
(助成の額等)

第5 助成の額は、1回の生殖補助医療につき15万円を限度とし、生殖補助医療に係る対象経費の自己負担額に3分の1を乗じて得た額(算出した額に1円未満の端数があるときは、当該端数を切り捨てた額)とする。

2 生殖補助医療のうち胚移植に至ったものに係る助成は、次の表の左欄に掲げる夫婦の区分に応じ、同表の右欄に掲げる回数を限度とする。

区分	回数
治療初日における妻の年齢が40歳未満である夫婦	通算して6回
治療初日における妻の年齢が40歳以上である夫婦	通算して3回

3 前項の規定にかかわらず、生殖補助医療を受けて胚移植に至った後、出産し、又は妊娠12週以後に死産に至った場合において、その後再び生殖補助医療を受けて胚移植に至った夫婦は、当該再び受けた生殖補助医療を助成に係る初回の生殖補助医療とすることができる。

4 生殖補助医療に併せて男性不妊治療を受けた夫婦に対しては、第1項の規定による助成に加えて、1回の男性不妊治療につき15万円を限度とし、当該男性不妊治療に係る自己負担額に3分の1を乗じて得た額(算出した額に1円未満の端数があるときは、当該端数を切り捨てた額)を助成する。この場合において、医師の判断に基づき採卵準備前に男性不妊治療を受け、その結果として精巣又は精巣上体から精子が得られないこと又は状態のよい精子が得られないことにより治療を中止したときの当該男性不妊治療は、1回の男性不妊治療とみなすものとする。

(助成の額から控除する額)

第6 医療保険各法の規定又は共済組合の規約、定款、運営規則等の規定により、当該年度に受けた生殖補助医療及び男性不妊治療に要した医療費の自己負担額に係る給付を受けることができるときは、第5の規定による助成の額から当該給付を受けることができる額を控除して助成するものとする。

(助成の申請)

第7 助成を受けようとする夫婦は、生殖補助医療及び男性不妊治療が終了（第4又は第5第4項後段の規定による治療の中止を含む。）をした日から起算して1年を経過する日までの間で市長が指定する期間内に、長野市不妊治療を希望する方の応援事業助成金交付申請書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。ただし、2回目以後の申請を行う場合においては、市長が必要でないと認める書類について添付を省略することができる。

(1) 長野市不妊治療を希望する方の応援事業受診等証明書（様式第2号）

(2) 長野市生殖補助医療に係る医薬品内訳証明書（院外薬局記載用）（様式第3号）

(3) 保険医療機関等が発行した生殖補助医療費の明細が記載された領収書

(4) 夫婦の戸籍謄本又は外国人登録原票記載事項証明書

(5) 住民票その他の夫婦の住所を確認できる書類

(6) 高額療養費及び付加給付の支給額を確認できる書類

(7) 事実婚の夫婦にあっては、事実婚に関する申立書

(8) その他市長が必要と認める書類

2 前項の規定による申請は、1回の生殖補助医療ごとに行わなければならない。

(助成の決定等)

第8 市長は、第7第1項の規定による申請書等の提出があったときは、その内容を審査し、助成の可否を決定するものとする。

2 前項の規定による助成の可否の決定は、第7第1項の規定による申請書等の提出があった日を基準とする。

3 市長は、第1項の規定により助成の可否を決定したときは、その旨を当該申請者に通知するものとする。

(助成の実施)

第9 市長は、第8第1項の規定により助成を決定したときは、速やかに当該助成を実施するものとする。

(助成した額の返還)

第10 市長は、虚偽その他の不正手段により助成を受けた者があるときは、その者から当該助成した額の全部又は一部を返還させることがある。

(補則)

第11 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

(施行期日)

1 この要綱は、告示の日から施行し、令和4年4月1日以後に受けた生殖補助医療について適用する。

(助成の回数の限度の特例)

2 令和4年4月2日から同年9月30日までの間（以下「特例期間」という。）に40歳になる妻がいる夫婦であって、特例期間に治療初日があるものに係る第5第2項

の規定の適用については、同項中「3回」とあるのは、「6回」とする。

(助成の対象となる者の特例)

- 3 特例期間に43歳になる妻がいる夫婦であって、第3第1号から第6号までに掲げる要件の全て及び特例期間に治療初日があることを満たすものは、第3の規定にかかわらず、助成の対象となる者とみなして、この要綱の規定を適用する。この場合において、第4中「生殖補助医療及び男性不妊治療（医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中止した場合（卵胞が発育しない等の理由により卵子採取以前に治療を中止した場合を除く。）は、中止するまでの治療とする。）」とあるのは「生殖補助医療のうち胚移植に至ったもの及び男性不妊治療」と、第5第2項中「3回」とあるのは「1回」と、第5及び第6中「生殖補助医療」とあるのは「生殖補助医療のうち胚移植に至ったもの」と、第7第1項中「生殖補助医療及び男性不妊治療が終了（第4又は第5第4項後段の規定による治療の中止を含む。）」とあるのは「生殖補助医療のうち胚移植に至ったもの及び男性不妊治療（第5第4項後段の規定による治療の中止を含む。）」とし、第5第3項の規定は適用しない。

長野市不妊治療を希望する方の応援事業助成金交付申請書

（宛先）長野市長

長野市不妊治療を希望する方の応援事業実施要綱に基づき、生殖補助医療の助成を申請します。

		ふりがな 氏 名		生年月日（年齢）					
対 象 者	夫			年 月 日（ 歳）					
	妻			年 月 日（ 歳）					
	☐ 事実婚の方は、こちらにレ印を記載してください。								
	住所 （※1）	〒		電話 （ ）					
	住所 （※2）	〒		電話 （ ）					
過去にこの助成を受けたことがありますか（医療保険の適用となる治療に対して）。 【生殖補助医療分】 ない・ある → 助成回数（ ）回 助成を受けた自治体名（ ） 【男性不妊治療分】 ない・ある → 助成回数（ ）回 助成を受けた自治体名（ ） 今回の申請は、何回目の胚移植に至る治療ですか。（ 1・2・3・4・5・6 ）回目 ☐ 要綱第5第3項の規定により今回の生殖補助医療を初回の生殖補助医療とし、申請することを希望する場合は、こちらにレ印を記載してください。 理由（例：○年○月○日の出産により）：									
申請額 _____ 円 $(1+2+3-4) \times 1 / 3$ （限度額：15万円） 1 生殖補助医療一部負担金 _____ 円 2 男性不妊治療一部負担金 _____ 円 3 医薬品一部負担金 _____ 円 4 高額療養費・付加給付額 _____ 円									
同意書 年 月 日 助成の可否を判断するために必要な場合は、市長が、他の地方公共団体及び医療機関に対して本申請（助成）に係る情報について照会することについて同意します。また、本申請（助成）に当たって、市税の納付状況を確認することに同意します。 申請者氏名（夫） _____ （妻） _____									
振 込 先	ゆうちょ 銀行以外の 金融機関	金融 機関	銀行・金庫 信組 農協						本店 支店 出張所
		預金 種別	普通	ふりがな					
			当座	口座名義人					
	口座番号								（左詰記入）
	ゆうちょ 銀 行	店 名	店						
		番 号							（左詰記入）
ふりがな 口座名義人									

注

- 1 ※1は、夫婦の住所を記入してください。
- 2 ※2は、単身赴任等の理由で夫婦の住所が異なる場合のみ記載してください。
- 3 同意書欄の申請者氏名は、夫婦それぞれが自署してください。
- 4 2回目以後の申請は、添付書類のうち市長が必要でないと認めるものについて添付を省略することができます。

添付書類

- 1 長野市不妊治療を希望する方の応援事業受診等証明書（様式第2号）
- 2 長野市生殖補助医療に係る医薬品内訳証明書（院外薬局記載用）（様式第3号）
- 3 保険医療機関等が発行した生殖補助医療費の明細が記載された領収書
- 4 夫婦の戸籍謄本又は外国人登録原票記載事項証明書
- 5 住民票その他の夫婦の住所を確認できる書類
- 6 高額療養費及び付加給付の支給額を確認できる書類
- 7 事実婚の夫婦にあっては、事実婚に関する申立書
- 8 その他市長が必要と認める書類

様式第2号（第7関係）

長野市不妊治療を希望する方の応援事業受診等証明書

年 月 日

所在地
医療機関
主治医氏名

次の者については、生殖補助医療以外の不妊治療によっては、妊娠の見込みがない又は極めて少ないと思われるため、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

医療機関記載欄（主治医が記載してください。）

	夫	妻
ふりがな 受診者氏名		
受診者生年月日	年 月 日	年 月 日
生殖補助医療の内容	A B C D E F 別図のうち該当する治療方法 の記号に○印を記載	1. 体外受精 2. 顕微授精 左欄のA又はBの場合、該当 する番号に○印を記載
治療方法がCの場合は、移植した受精胚が作られた日を記載 年 月 日にできた受精胚を移植しました。		
男性不妊治療を行った場合は、手術療法及び生殖補助医療（採卵・胚移植）を実施する医療機関名を記載 手術療法 1 TESE 2 MESA 3 その他（ ） 指定医療機関		（精子回収の有無 に○印を記載） 1. 有 2. 無
治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日
補助対象 治療費	総医療費（10割）	円
	一部負担金（3割）	円

注

- 1 助成対象となる治療は、医療保険の適用となる治療に限ります。
- 2 助成対象の医療費には、医療保険の適用となる文書料、管理料等の経費に限りが含まれることができます。
- 3 検査費用については、長野県妊活健診（不妊検査）費用助成事業の対象となる不妊検査は含めることができません。
- 4 生殖補助医療のうち採卵に至らないもの（女性への侵襲的治療のないもの）は、助成対象となりません。

様式第3号（第7関係）

長野市生殖補助医療に係る医薬品内訳証明書（院外薬局記載用）

年 月 日

所在地
名称
代表者氏名

次の者については、生殖補助医療実施医療機関の院外処方調剤として、次のとおり領収したことを証明します。

医療機関（薬局）記載欄

ふりがな 対象者氏名		夫		妻	
処方箋交付医療機関名					
処方 月日	年 月 日	調剤 月日	年 月 日	総医療費 (10割)	円
				一部負担金 (3割)	円
処方 月日	年 月 日	調剤 月日	年 月 日	総医療費 (10割)	円
				一部負担金 (3割)	円
処方 月日	年 月 日	調剤 月日	年 月 日	総医療費 (10割)	円
				一部負担金 (3割)	円
処方 月日	年 月 日	調剤 月日	年 月 日	総医療費 (10割)	円
				一部負担金 (3割)	円
処方 月日	年 月 日	調剤 月日	年 月 日	総医療費 (10割)	円
				一部負担金 (3割)	円
処方 月日	年 月 日	調剤 月日	年 月 日	総医療費 (10割)	円
				一部負担金 (3割)	円

注 医療保険の適用となる調剤のみを証明してください。