船橋市早期不妊検査費助成事業実施要綱

（目的）

第１条　晩婚化の進展や晩産化に伴い、妊娠・出産に係るリスクが高まる中で、こどもを望む夫婦に対し、不妊検査に要する費用の一部を助成することにより、早期に検査を受けやすい環境を整備し、夫婦それぞれが自身の健康状態を把握するとともに、今後のライフデザインを考える機会を確保し、必要に応じて適切な相談又は治療につながることを支援することを目的とする。

（定義）

第２条　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）不妊

生殖年齢の男女が妊娠を希望し、ある一定期間、避妊することなく通常の性交を継続的に行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う。

（２）不妊検査

医師が不妊症の診断のために必要と認める一連の検査（第４号における医療保険各法の適用となる検査か適用外の検査かを問わない。）をいう。

（３）自己負担額

第３条の助成対象者が第４条の助成の対象となる不妊検査を受けた場合において、その費用として自己が負担した額の合算額とする。ただし、第４号における医療保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合においては、被保険者、組合員又は被扶養者が負担すべき額とする。

（４）医療保険各法

ア　健康保険法（大正１１年法律第７０号）

イ　船員保険法（昭和１４年法律第７３号）

ウ　私立学校教職員共済法（昭和２８年法律第２４５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　国民健康保険法（昭和３３年法律第１９２号）

（助成対象者）

第３条　助成の対象者は不妊検査を受けた法律上の婚姻関係にある男女及びいわゆる事実婚関係にある男女（以下「夫婦」という。）のうち、次の各号のいずれにも該当する者とする。

（１）夫婦の双方又はいずれか一方が、助成申請時において市内に住所を有し、かつ、住民基本台帳に記録されている者

（２）助成の申請に係る不妊検査のうち、女性が受けるものの開始日における当該女性の

年齢が４３歳未満である者

（３）不妊に関する治療又は検査を保険診療として実施している保険医療機関（病院又は診療所）において検査を受けた者

（４）千葉県が提供する当該事業に関する動画を視聴の上、事業内容を確認したと認められる者

（助成対象となる不妊検査）

第４条　助成の対象となる不妊検査は、夫婦が保険医療機関（病院又は診療所）で共に受けた不妊検査で、検査開始日のどちらか早い方の日から起算して１年以内のものとする。

２　他の助成を受けていない不妊検査に係る経費であること。

（助成額及び助成回数）

第５条　助成額は、助成対象となる不妊検査に係る費用のうち、助成対象者の自己負担額とする。ただし、上限額は１組の夫婦につき３万円とする。

２　助成回数は１組の夫婦につき１回限りとする。

（助成の申請）

第６条　不妊検査費の助成を受けようとする者は、船橋市早期不妊検査費助成申請書（様式第１号）及び次の各号に掲げる書類を添えて市長に提出するものとする。

（１）医療機関が記載した船橋市早期不妊検査実施証明書（様式第２号）

（２）法律上の婚姻関係にある男女であることを確認できる書類又は事実婚関係に関する申立書（様式第３号）

（３）住所を確認できる書類

（４）不妊検査を実施した医療機関が発行する領収書等（原本）

（５）助成金の振込を希望する金融機関の口座名義及び口座番号が分かるものの写し

（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、原則として、夫婦の検査開始日のどちらか早い方の日から起算して１年を経過した日の属する年度の末日までに行うものとする。ただし、市長がこの期限内で別に申請期限を定める場合は、当該期限までに申請を行うものとする。

３　第１項第２号及び第３号については、申請者の同意を得た上で住民基本台帳等の確認を行うことにより、その全部又は一部の提出を省略できる。

４　申請者の希望により第１項第４号の領収書等を返却する場合は、原本を確認した上で、当該領収書等に、本助成事業に係る申請済みである旨及び助成額を明示するものとする。

５　第１項の申請は、電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法により行うことができる。

６　前項の方法により申請を行う場合において、第１項各号に掲げる書類は、その写し又は当該事項を記録した電磁的記録を送信する方法により提出することができる。

（助成の決定）

第７条　市長は、申請書が提出されたときは速やかにその内容の審査を行い、助成の可否を

決定する。

２　市長は、前項の規定により助成することを決定したときは、船橋市早期不妊検査費助成事業助成決定通知書（様式第４号）によって当該申請者に通知する。

３　市長は、第１項の規定により助成しないことを決定したときは、船橋市早期不妊検査費助成事業不承認決定通知書（様式第５号）にその旨及び理由を明示し、当該申請者に通知する。

（返還）

第８条　市長は、虚偽その他の不正手段により助成を受けた者に対して、助成した額の全部又は一部の返還を命ずることができる。

（助成台帳）

第９条　市長は、助成決定の状況を明確にしておくため、船橋市早期不妊検査費助成事業台帳（様式第６号）を備え付け、適正に管理するものとする。

（その他）

第１０条　この要綱に定めるもののほか、必要な事項は市長が別途定めるものとする。

附　則

この要綱は、令和８年１０月５日から施行し、令和８年１０月１日以後に開始した不妊検査から適用する。

様式第１号

船橋市早期不妊検査費助成申請書

年　　月　　日

船橋市長　様

関係書類を添えて下記のとおり、船橋市早期不妊検査費の助成を申請します。

捨　印

※太枠内を御記入ください。消えるボールペン、修正液は使用できません。
訂正する場合は二重線で消し、訂正印（申請者印と同じもの）を押印してください。

☐ **下記の<u>事項１～３の全てに該当</u>することを確認し、申請します。**　**※ 該当することを確認の上、□に✓を記載してください。**

1　過去に他市町村で下記申請検査に係る標記助成事業の助成を受けていない。
2　助成要件確認のため当市が保有する住民基本台帳等の公簿による確認、他市町村及び医療機関に照会することに同意する。
3　千葉県早期不妊検査費用助成事業について、千葉県が提供する動画を視聴の上、事業内容を確認している。
（キーワード：　　）※動画内に表示される５文字のキーワードを記入してください。

申請者	フリガナ		生年月日	年　月　日 （　　）歳
	氏　名	㊞		検査開始時年齢（　　）歳
	現住所	〒		
	電話番号	【自宅･携帯･その他（　）】　—　—		＊日中必ず連絡のとれる電話番号を記入
配偶者	フリガナ		生年月日	年　月　日 （　　）歳
	氏　名			検査開始時年齢（　　）歳
	現住所	〒　　☐ 申請者と同住所		
	電話番号	【自宅･携帯･その他（　）】　—　—		＊日中必ず連絡のとれる電話番号を記入

助成対象期間	（申請者または配偶者の検査開始日のうち、どちらか早い日）　年　月　日 ～ １年間			
申請額	円			
振込先	金融機関コード		支店コード	
	金融機関名	銀　行・金　庫 農　協・組　合		本　店 支店（支所） 出 張 所
	預金の種類	普通 当座	フリガナ 口座名義人	（申請者名義の口座を記入）
	口座番号			（口座番号は右詰記入）
アンケート	今後の市の施策立案の参考に、ご協力いただける方は下記のアンケートに記入をお願いします。 ・今回の検査を受けた結果 ☐ 不妊治療を受ける予定　☐ 不妊治療は受けない ☐ 課題はあったものの、すぐに子どもは望んでいないため経過観察とした ☐ その他			

船橋市記入欄　※記載しないでください

申請受理年月日	年　月　日	受給者番号		
要件確認	☐婚姻　☐住所　☐当市助成歴の有無　☐夫・妻双方の検査実施　☐検査期間			
助成結果	☐承認 ☐不承認	助成対象額　円	支給決定額　円	承認・不承認年月日 年　月　日

様式第２号

年　　月　　日

船橋市長　様

所　在　地：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診 療 科 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

主治医氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

船橋市早期不妊検査実施証明書

次のとおり、標記助成事業の対象となる不妊検査を実施したことを証明します。

医療機関記入欄

☐　当医療機関は、保険適用となっている不妊に関する治療・検査について、保険診療で実施している。(該当することを確認の上、□に✓を記載)

対象者	男	ふりがな		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日（　歳）
		氏名			
		検査期間	年　月　日　～　年　月　日 ※		
	女	ふりがな		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日（　歳）
		氏名			
		検査期間	年　月　日　～　年　月　日 ※		

助成対象の期間 ※対象者の検査開始日を記載（男女両方の検査を証明する場合は対象者の検査開始日のうち、いずれか早い日を記載）	年　月　日 ～　１年間

助成対象となる不妊検査に係る患者負担（領収）額	合　計		円
	内訳	初(再)診料	円
		検査料	円
		文書料	円

検査種類	男性の検査（下記該当項目に☑）	女性の検査（下記該当項目に☑）
不妊検査 他の助成金を受けていない不妊検査に係る経費	☐　精液検査（精液量、精子濃度、精子運動率、正常形態率等） ☐　内分泌検査（卵胞刺激ﾎﾙﾓﾝ、黄体化ﾎﾙﾓﾝ、ﾃｽﾄｽﾃﾛﾝ、乳汁分泌ﾎﾙﾓﾝ等） ☐　画像検査（陰嚢超音波検査等） ☐　感染症検査 ☐　精子受精能検査 ☐　染色体・遺伝子検査 ☐　その他（　　）	☐　基礎体温測定 ☐　超音波検査 ☐　内分泌検査（黄体化ﾎﾙﾓﾝ、卵胞刺激ﾎﾙﾓﾝ、ｴｽﾄﾗｼﾞｵｰﾙ、乳汁分泌ﾎﾙﾓﾝ、ﾌﾟﾛｹﾞｽﾃﾛﾝ、ﾃｽﾄｽﾃﾛﾝ測定等） ☐　AMH 検査 ☐　感染症検査 ☐　卵管疎通性検査（卵管通気法、子宮卵管造影、超音波下卵管通水法等） ☐　頸管因子検査（頸管粘液検査、ﾌｰﾅｰ検査等） ☐　染色体・遺伝子検査 ☐　その他（　　）

※ 不妊検査が継続中の場合でも、証明書作成時点までに実施した助成対象となる不妊検査について、期間を区切って早期不妊検査実施証明書を作成することは可能です。
この場合、証明書の「検査期間」の終期には、一連の検査がすべて完了した日や検査結果を説明した日ではなく、証明書に記載する検査のうち、最後に検査を実施した日を記載してください。

様式第３号

事実婚関係に関する申立書

年　　月　　日

船橋市長　様

①申立人（夫）の住所、氏名

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）

②申立人（妻）の住所、氏名

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）

私達２名は、事実婚関係にあることを申し立てます。

※別世帯になっている理由

（①と②が別世帯となっている場合には記入）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式第４号

第　　号
年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

船橋市長

船橋市早期不妊検査費助成事業助成決定通知書

　　年　　月　　日で申請のあった標記助成については、下記金額を支給することに決定しましたので通知します。

記

１　助成金支給金額

　　金＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

２　その他

（１）助成金は申請書に記載された振込先に振り込まれます。

（２）本助成金は、医療費控除の計算上、保険金などで補てんされる金額として、当該医療費の額から差し引く必要があります。

　　確定申告に当たっては、本通知書を保管の上、適切に申告してください。

様式第５号

第　　号
年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

船橋市長

船橋市早期不妊検査費助成事業不承認決定通知書

年　　月　　日で申請のあった標記助成については、下記理由により不承認としましたので通知します。

記

◇不承認とした理由

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式第６号

No. ＿＿＿＿＿＿

船橋市早期不妊検査費助成事業台帳

受給番号	申請年月日	決定年月日	承認・不承認	対象者(男)氏名	対象者(男)生年月日	検査開始時 対象者(男)年齢	対象者(女)氏名	対象者(女)生年月日	検査開始時 対象者(女)年齢	助成決定額	不承認の理由	備考