

四日市市不妊治療に要する医療費の助成に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和 8 年 6 月 1 日

四日市市長 森 智 広

四日市市規則第 5 3 号

四日市市不妊治療に要する医療費の助成に関する規則の一部を改正する規則

四日市市不妊治療に要する医療費の助成に関する規則（平成 1 5 年四日市市規則第 2 8 号）の一部を次のように改正する。

改正後	改正前
<p data-bbox="300 857 400 891">附 則</p> <p data-bbox="252 913 437 947"><u>（施行期日）</u></p> <p data-bbox="204 976 815 1066">1 この規則は、平成 1 5 年 4 月 1 日から施行する。</p> <p data-bbox="252 1093 437 1126"><u>（有効期限）</u></p> <p data-bbox="204 1155 815 1424">2 この規則は、令和 1 1 年 3 月 3 1 日限り、その効力を失う。ただし、この規則の失効前に交付決定された助成金については、同日以後も、なおその効力を有する。</p>	<p data-bbox="946 857 1046 891">附 則</p> <p data-bbox="847 976 1465 1066">この規則は、平成 1 5 年 4 月 1 日から施行する。</p>

第 1 号様式を次のように改める。

第1号様式(第4条関係)

四日市市不妊治療医療費助成金交付申請書

太枠内をご記入ください。

治療年度	第1回	年度	住所 申請者 氏名  (署名又は記名押印) 電話番号	年	月	日
	第2回	年度				
	第3回	年度				
	第4回	年度				
	第5回	年度				
	第6回	年度				

次のとおり四日市市不妊治療医療費助成金の交付を受けたいので、四日市市不妊治療に要する医療費の助成に関する規則第4条の規定により申請します。また、住所要件等の必要事項を調査することを承諾し、他の地方公共団体における不妊治療費助成金の受給状況について照会すること及び他の地方公共団体に対し四日市市不妊治療費助成金の交付決定情報を必要に応じて提供することを同意します。

氏名		生年月日
夫		年 月 日
妻		年 月 日

- ・第何子目の妊娠に対しての治療ですか。 第( )子目
- ・その子の治療に対して何回目の申請ですか。 初回 ・ ( )回目

医療費の内 自己負担額の計	円	助成金の 申請額	円	助成金 交付決定額	円
金融機関名		口座番号		口座名義人(フリガナ) <申請者名義に限る>	
銀行	本店	普通			
金庫	支店				
農協	出張所				

- ・今回の治療について、他の助成金を受給しましたか(受給しますか)。 ※他の地方公共団体の助成金を含む。  
はい いいえ  
「はい」の場合(助成金の名称: )  
(助成額: 円)

併用確認欄	無	回数追加	PGT-A
-------	---	------	-------

第1号様式の3を次のように改める。

四日市市不妊治療医療費助成金交付実績報告書(特定不妊治療分)

医療機関等証明欄(主治医が記入してください。)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日	年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)	
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号に○を付けて下さい		日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票登録 有(症例登録番号 ) 無	
今回の治療期間 (治療1周期ごと に作成してく ださい)	年 月 日 ~		年 月 日	
不妊治療の内容	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精			
特定不妊治療に 要した医療費の 内自己負担額 (文書料含む)	(うち保険適用分)		円	
	(うち先進医療分)		円	
先進医療を実施した場合は下記を記入				
<input type="checkbox"/> 当医療機関は、実施した先進医療に係る実施機関として、届出を行っている又は承認されている医療機関である。				
<input type="checkbox"/> 今回の先進医療による治療は、保険適用の治療と併用して実施しました。				
先進医療を実施した日	実施した先進医療の名称		領収金額	
年 月 日			円	
年 月 日			円	
男性不妊治療 男性不妊治療費助成事業受診等証明書 (第1号様式の4)がある場合のみ記入	実施医療機関名	治療費 円 (上記領収金額に 含む 含まない )		
上記の者については、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を上記のとおり領収したことを証明します。				
		年 月 日		
		所在地		
		医療機関等 名称		
		氏名	印	
四日市市長				

※) 日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。

(注) 助成対象となる治療は次のいずれかに相当するものです

- A 新鮮胚移植を実施
- B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施(採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1~3周期の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合)
- C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
- D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
- E 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止
- F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止

(注) 採卵に至らないケース(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。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の四日市市不妊治療に要する医療費の助成に関する規則に定める様式は、改正後の四日市市不妊治療に要する医療費の助成に関する規則の規定にかかわらず、当面の間、使用することができる。

(こども未来部こども手当・医療給付課)