

聖籠町告示第42号

聖籠町特定不妊治療費助成事業実施要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

平成26年6月23日

聖籠町長 渡邊 廣吉

聖籠町特定不妊治療費助成事業実施要綱の一部を改正する告示

聖籠町特定不妊治療費助成事業実施要綱（平成24年聖籠町告示第16号）の一部を次のように改正する。

第3条第3号中「第3子」を「第三者」に改める。

第5条の見出し中「助成対象期間」を「助成回数」に改め、同条第1項中「当該治療毎に1回あたり」を「1回の治療につき」に改め、「（初年度は3回目までを助成対象とし、次年度以降は2回目までが助成対象）」を削り、同条第2項を次のように改める。

2 助成回数は次の表の左欄に掲げる年齢の区分に応じ、同表の右欄に掲げるとおりとする。ただし、左欄に掲げる年齢は初回の治療開始日における妻の年齢を基準とする。

年齢	助成回数
40歳未満	6回
40歳以上	5回（初年度3回、次年度以降2回まで）

第5条第3項中「前2項」を「前項」に改める。

別記様式第1号を次のように改める。

聖籠町特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

聖籠町長 様

(申請者)

住所

氏名

㊞

〒

下記のとおり聖籠町特定不妊治療費助成事業の申請をします。

記

対象者	夫	氏 名		
		生年月日	年	月
	妻	氏 名		
		生年月日	年	月
住 所 (同一世帯の場合)				
住 所 (個別世帯等の場合)				
助成申請額		円	※1回の治療につき10万円を上限とする。	
今回の申請回数		回目	前回の申請	年 月
今回の治療に対し、新潟県や他の自治体での不妊治療費助成申請の有無		有 ・ 無		
<p>特定不妊治療費助成金の交付申請にあたり、聖籠町長が支給決定に関して助成の適正を図るため、聖籠町における納税状況を確認すること、また必要に応じて他の自治体に情報の照会、提供すること及び医療機関に受診等証明書の内容を照会することについて同意します。</p> <p style="text-align: right;">氏 名 (夫) ㊞ 氏 名 (妻) ㊞</p>				
振込指定機関	銀行名		口座番号	
	支店名		口座名義	

(裏面に続く)

※添付書類

- ① 聖籠町特定不妊治療費助成事業受診等証明書（新潟県特定不妊治療費助成事業（以下「県事業」という。）の申請をしている場合は、当該申請時に添付した県事業受診等証明書の写しでも可）
- ② 特定不妊治療を受けた医療機関が発行する領収書（県事業の申請をしている場合は、当該申請時に添付したものの写しでも可）
- ③ 住民票（続柄、本籍記載のもの。夫婦の住所が異なる場合はそれぞれの住民票が必要）
- ④ 戸籍謄本（住民票で夫婦であることが証明できないときのみ必要）
- ⑤ 新潟県特定不妊治療費助成事業決定通知書（県事業による助成を受けている場合）

※助成金の振込について

- ・助成金の振込は、申請があった日の翌月末とする。

附 則

（施行期日）

- 1 この告示は、告示の日から施行する。

（経過措置）

- 2 この告示の施行の際、現に特定不妊治療費助成事業の助成を受けている者については、なお従前の例による。