

郡山市生殖補助医療交通費支援事業助成金支給要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、生殖補助医療を受ける夫婦の経済的負担の軽減を図ることを目的に、当該治療のために遠方の医療機関を受診する必要がある者に対して当該医療機関までの交通費に助成金を支給することに関し、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において「生殖補助医療」とは、体外受精及び顕微授精をいい、体外受精及び顕微授精に至る過程の一環として行われる男性不妊治療（精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術に限る。）を含むものとする。

(助成金の支給の対象者)

第3条 助成金の支給の対象となる者は、本市の住民基本台帳（住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）第6条に規定する住民基本台帳をいう。以下同じ。）に記載されている者であって、住所地から生殖補助医療（以下「治療」という。）を受ける医療機関まで概ね60分以上の移動時間を要する夫婦（事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含む。）とする。

2 前項に規定する「概ね60分以上の移動時間を要する夫婦」とは、住所地から治療を受ける医療機関まで、タクシー、鉄道、バスその他の公共交通機関、自家用車等の移動手段のうち、治療を受ける夫婦が選択した移動手段において、地理又は気象条件、交通事情その他の事情を勘案して、当該移動手段による標準的な移動時間が概ね60分以上を要すると市長が認める夫婦（以下「夫婦」という。）をいうものとする。

(助成金の額等)

第4条 助成金の額は、別表に掲げる治療を受ける医療機関の所在地の区分に応じて同表に掲げる額に、通院回数（令和7年4月1日以降のものであって、1回の治療につき8回を限度とする。）を乗じて得た額とする。

2 前項に規定する「1回の治療」とは、採卵準備のための薬品投与の開始等から妊娠の確認等に至るまでの生殖補助医療の実施の一連の過程をいう。

(助成金の申請)

第5条 助成金を申請しようとする者は、1回の治療が終了した日から1年以内に、郡山市生殖補助医療交通費支援事業助成金支給申請書（第1号様式）を市長に提出しなければならない。この場合において、当該申請書には次に掲げる書類を添付するものとする。

- (1) 郡山市生殖補助医療通院状況確認書（第2号様式）
- (2) 治療に係る診療明細書その他の受診日、治療を受けた者及び治療内容が確認できる書類
- (3) 夫婦が事実上婚姻関係と同様の事情にある場合には、事実婚関係に関する申立書（第3号様式）及び夫婦それぞれの戸籍謄本
- (4) その他市長が必要と認める書類

(助成金の支給の決定)

第6条 市長は、前条の申請書の提出があったときは、速やかにその内容を審査し、支給の可否を決定するとともに、その旨を助成金の申請をした者に対し、郡山市生殖補助医療交通費支援事業助成金支給決定通知書（第4号様式）により通知するものとする。

(助成金の返還)

第7条 市長は、虚偽その他不正な行為により助成金の支給を受けた者がある時は、その者から助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(委任)

第8条 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

この要綱は、令和7年7月18日から施行する。

別表（第4条関係）

医療機関所在地	通院1回当たりの助成金の額
福島市	1,000円
会津若松市	1,000円
いわき市	2,000円
宮城県	3,000円
山形県	3,000円
新潟県	3,000円
茨城県	5,000円
栃木県	1,000円
東京都	6,000円
その他の地域	6,000円

第1号様式(第5条関係)

郡山市生殖補助医療交通費支援事業助成金支給申請書

年 月 日

郡山市長

関係書類を添えて次のとおり生殖補助医療交通費支援事業の助成金を申請します。

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日					
申請者	()	昭和・平成 年 月 日 (歳)					
配偶者 パートナー	()	昭和・平成 年 月 日 (歳)					
住所	〒 郡山市	連絡先(自宅) (携帯)					
1回の 治療期間	年 月 日 ~		年 月 日				
受診回数	回		通院1回当たりの助成金の額				
医療機関 所在地 (該当に○)	福島市・会津若松市・いわき市		福島市	会津若松市	いわき市	宮城県	山形県
	宮城県・山形県・新潟県・茨城県		1,000円	1,000円	2,000円	3,000円	3,000円
	栃木県・東京都・その他の地域		新潟県	茨城県	栃木県	東京都	その他の 地域
			3,000円	5,000円	1,000円	6,000円	6,000円
申請額	円		(回× 円)				
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協				本店 支店 出張所	
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()			
	口座番号						(右詰記入、空欄は0埋め)

生殖補助医療交通費支援事業助成金に係る照会等に関する同意書

私は、助成の適正を判断するために必要な場合は、郡山市以外の自治体に対する本申請に係る情報の照会及び提供並びに医療機関に対する治療内容等の照会を行うことについて同意します。

申請者氏名

申請者の配偶者(パートナー)氏名

治療の内容・結果及び以前の受給歴について医療機関及び他市町村に確認及び情報提供を行うことに関する説明書

この助成金は、限られた公費予算の公正な支出を行うため、対象の治療を保険適用及び適用外の体外受精、顕微授精、男性不妊治療と定めています。

申請のあった治療が上記の内容に適合するか、治療を実施したクリニック等に確認することがあります。また、同様の助成事業を実施している市町村から転出入された方につきましては、当該市町村にこの助成金の以前の受給状況を確認させていただいたり、交付の状況を情報提供することがあります。

なお、情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

郡山市生殖補助医療通院状況確認書

年 月 日

郡山市長

このことについて、生殖補助医療を受けるため次の医療機関に通院しています。

住所
申請者名
生年月日

受診者氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
受診者氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
受診医療機関名		医療機関所在地		
治療方法	該当するものに○をつけてください。 体外受精 顕微授精 男性不妊治療(精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術に限る。)			
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
治療結果	(1)妊娠した (2)妊娠せず (3)治療中止 (4)その他() 該当するものに○をつけてください。			
受診実績	受診日	治療を受けた者	治療の主な内容(目的)	交通手段
	①	年 月 日	診察・治療計画作成・薬剤投与・採卵・採精・手術・その他()	自家用車・バス・電車・その他()
	②	年 月 日	診察・治療計画作成・薬剤投与・採卵・採精・手術・その他()	自家用車・バス・電車・その他()
	③	年 月 日	診察・治療計画作成・薬剤投与・採卵・採精・手術・その他()	自家用車・バス・電車・その他()
	④	年 月 日	診察・治療計画作成・薬剤投与・採卵・採精・手術・その他()	自家用車・バス・電車・その他()
	⑤	年 月 日	診察・治療計画作成・薬剤投与・採卵・採精・手術・その他()	自家用車・バス・電車・その他()
	⑥	年 月 日	診察・治療計画作成・薬剤投与・採卵・採精・手術・その他()	自家用車・バス・電車・その他()
	⑦	年 月 日	診察・治療計画作成・薬剤投与・採卵・採精・手術・その他()	自家用車・バス・電車・その他()
⑧	年 月 日	診察・治療計画作成・薬剤投与・採卵・採精・手術・その他()	自家用車・バス・電車・その他()	

○ 治療に係る診療明細書その他の受診日、治療を受けた者及び治療内容が確認できる書類を添付してください。

郡山市長

事実婚関係に関する申立書

下記2名については、事実婚関係にあります。

【申請者】

住所

氏名

【パートナー】

住所

氏名

※ 治療の結果出生した子について認知を行う意向 有 ・ 無

※ 別世帯になっている理由

(申請者とパートナーが別世帯となっている場合には記入)

第4号様式（第6条関係）

年 月 日

（申請者） 様

郡山市長



郡山市生殖補助医療交通費支援事業助成金支給決定通知書

年 月 日付けで申請のあった生殖補助医療交通費支援事業助成金の支給
について、下記金額を支給することを決定したので通知します。

記

助成することとした額

金_____円

口座の振込時期