

太田市不妊治療費助成金交付規則の一部を改正する規則をここに
公布する。

令和8年3月27日

太田市長 穂積昌信

太田市規則第20号

太田市不妊治療費助成金交付規則の一部を改正する規則

太田市不妊治療費助成金交付規則（平成17年太田市規則第253号）の一部を次のように改正する。

第3条第1項中「場合は除く」を「場合（第5条において「事実婚関係」という。）を含む」に改める。

第4条第1号中「まで」を「を限度として」に改め、「1年度当たり2回を限度として、5年度分に限り」を削り、同条第2号中「1年度当たり」を「一の年度につき1回限り」に改め、「5年度分に限り」を削る。

第5条第1項中第5号を第6号とし、第4号の次に次の1号を加える。

(5) 事実婚関係にある夫婦にあつては、事実婚関係に関する申立書
（様式第6号）

第7条中「様式第6号」を「様式第7号」に改める。

様式第1号及び様式第2号を次のように改める。

様式第1号（第5条関係）

不妊治療費助成金認定交付申請書
（生殖補助医療）

申請日 年 月 日

（宛先）太田市長

太田市不妊治療費助成金の交付を受けたいので次のとおり申請します。
また、市が以下の照合、照会及び提供することに同意します。

1. 助成金額を決定するにあたり、住所及び婚姻関係の有無を確認するため、私たち夫婦の住民基本台帳を照合すること。
2. 助成の適正を図るため、治療を行った医療機関及び保険薬局に内容を照会すること。
3. 助成の適正を図るため、他の自治体に助成金交付状況を照会、提供すること。

（太枠内を記入してください）

申 請 者	氏 名		生 年 月 日		住民登録した年月		
	フリガナ						
	夫	⑩	年 月 日（ 歳）		年 月		
	フリガナ						
	妻	⑩	年 月 日（ 歳）		年 月		
	住 所	〒 ー ー 太田市					
	電話番号	ー ー		婚姻年月日	年 月 日		
治療対象児 第（ ）子			事実婚の方はこちらにチェックを入れてください <input type="checkbox"/>				
振 込 先	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協		支店名	本店・支店 店・出張所		
	預金種目	普通・当座	口座番号				
	フリガナ						
	口座名義人						

*市記入欄（以下の欄は、記入しないでください。）

- ①認定証明書 ②完納照合票 ③住所 ④婚姻 / 事実婚申立書
 ⑤保険加入 ⑥領収書 ⑦通帳
 ⑧戸籍の全部事項証明書（夫婦が別住所または事実婚である場合）

受 付
太・新 ー

保険適用外負担額	交付決定額
円	円

様式第2号（第5条関係）

不妊治療費助成金認定交付申請書
（その他の不妊治療）

申請日 年 月 日

（宛先）太田市長

太田市不妊治療費助成金の交付を受けたいので次のとおり申請します。
また、市が以下の照合、照会及び提供することに同意します。

1. 助成金額を決定するにあたり、住所及び婚姻関係の有無を確認するため、私たち夫婦の住民基本台帳を照合すること。
2. 助成の適正を図るため、治療を行った医療機関及び保険薬局に内容を照会すること。
3. 助成の適正を図るため、他の自治体に助成金交付状況を照会、提供すること。

※この申請は、今年度初回です <input type="checkbox"/>		(太枠内を記入してください。)					
申 請 者	氏 名		生 年 月 日		住民登録した年月		
	フリガナ		年 月 日 (歳)		年 月		
	夫	印					
	フリガナ		年 月 日 (歳)		年 月		
	妻	印					
	住 所	〒 ー ー 太田市					
	電話番号	ー ー		婚姻年月日	年 月 日		
治療対象児 第 () 子			事実婚の方はこちらにチェックを入れてください <input type="checkbox"/>				
振 込 先	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協		支店名	本店・支店 店・出張所		
	預金種目	普通・当座	口座番号				
	フリガナ						
	口座名義人						

*市記入欄（以下の欄は、記入しないでください。）

- ①認定証明書 ②完納照合票 ③住所 ④婚姻 / 事実婚申立書
 ⑤保険加入 ⑥領収書 ⑦通帳
 ⑧戸籍の全部事項証明書（夫婦が別住所または事実婚である場合）

保険適用外負担額	交付決定額
円	円

受 付
太・新 ー

様式第 6 号を様式第 7 号とし、様式第 5 号の次に次の 1 様式を加える。

事実婚関係に関する申立書

（太田市不妊治療費助成金申請用）

（宛先）太田市長

私たちは、次の内容を承諾した上で、本申し立てを行います。

1. 助成の適正化を図るため、ひとり親家庭等であることを要件とする児童扶養手当制度等の利用状況等を照会すること。
2. 照会の結果、ひとり親である（事実上の婚姻関係でもない）ことが判明した場合には、本事実婚関係に関する申立書は受理されず、不妊治療費助成金の申請についても不交付となること。

申請日 年 月 日

下記2名については、事実婚関係にあります。

- ① 太田市不妊治療費助成金申請者の住所・氏名

住所 _____

氏名（署名） _____

- ② 太田市不妊治療費助成金申請者の住所・氏名

住所 _____

氏名（署名） _____

※別世帯になっている理由（上記2名が別世帯となっている場合には記入）

【認知意向確認】

当該助成金申請に係る治療により、妻（事実婚相手）が妊娠・出産を予定している方（夫）は、下記の署名をお願いします。

なお、認知を行う意向がない場合には当該助成の対象外になります。

私（夫） _____ は、当該助成金の申請に係る治療によって妊娠し、出産する予定（又は出産した）の子について、認知を行う意向があることを申し出ます。

住所 _____

氏名（署名） _____

※上記2名のどちらにも、他に法律上の婚姻関係にある配偶者がいないことが要件です。それぞれの戸籍の全部事項証明書をご提出ください。

附 則
この規則は、令和8年4月1日から施行する。