

○壮瞥町不妊治療費助成事業について○

平成31年4月1日

壮瞥町では妊娠を望んでいる方の経済的負担の軽減を図ることを目的として、今年度より下記の要件に該当される方に対して、不妊治療費の助成を実施します。

1. 助成対象治療

- ① 体外受精、顕微授精（特定不妊治療）
- ② 上記治療に至るまでの不妊治療（一般不妊治療）

2. 対象者

- ① 婚姻中の者で引き続き6ヶ月以上居住していること
- ② 夫婦とも医療保険に加入していること
- ③ 町税の滞納がないこと
- ④ 北海道の特定不妊治療費助成事業の助成決定を受けた者であること（1-①のみ）

3. 助成額

- ① 1-①は、北海道の助成額を控除した自己負担分全額
- ② 1-②は、年度につき自己負担分の10万円を上限

4. 助成申請について

助成を受けようとする者は、治療を受けた日の属する年度の翌年度の4月15日までに、町長に対し、不妊治療費助成申請書(様式第1号)に次の書類を添付して申請してください。ただし、特定不妊治療の助成を受けようとする者が、必要な書類の準備に時間を要するなど、特別な事情により申請期限内に申請できなかった場合においては、翌年度において速やかに申請してください。

- ① 不妊治療費助成事業受診等証明書(様式第2号)
- ② 治療に係る領収書
- ③ 北海道要綱による助成決定通知書の写し(該当する者)
- ④ 夫及び妻の保険証の写し
- ⑤ その他町長が必要と認める書類

※ 北海道要綱による助成を受けている場合は、第1号及び第2号の書類については、申請に添付した書類の写しとすることができます。

5. 助成決定通知について

助成が適当と認めるときは、不妊治療費助成決定通知書(様式第3号)により通知します。

6. 助成金について

交付決定の通知の日から起算して30日以内に助成金を交付します。

※ ただし、偽りその他不正な手段により助成金を受け取った者があるときは、その者に対し交付した助成金の全部又は一部の返還を願うことがあるのでご注意ください。

お問い合わせ：壮瞥町保健センター 健康づくり係 0142-66-2340

参考

内容	対象 年齢	年間 助成回数	通算 助成回数	通算 助成期間
一般 不妊治療	限度 なし	限度 なし	限度なし	通算3箇年度を限度とする。 ただし、不妊治療により出産 に至った夫婦が再び不妊治 療を受ける場合は、出産の前 に助成を受けた期間を通算 しない。
特定 不妊治療 (女性)	43歳 未満	限度 なし	通算6回 (治療開始時年齢初回 40歳未満)	限度なし
			通算3回 (治療開始時年齢初回 40歳以上43歳未満)	
特定 不妊治療 (男性)	限度 なし	限度 なし	通算6回	限度なし