



川本町不育症治療費・男性不妊検査費助成制度について

	不育症治療費	男性不妊検査費
対象者	<ul style="list-style-type: none">・ 戸籍上婚姻関係にある夫婦又は事実婚関係にある夫婦いずれもが町内に住所を有する方・ 令和3年4月1日以降に治療を開始した方・ 社会保険各法の規定に基づく被保険者、又は被扶養者である方	<ul style="list-style-type: none">・ 島根県の男性不妊検査費助成を受けた方・ 夫婦いずれもが町内に住所を有する方
助成内容	<ul style="list-style-type: none">・ 不育症治療部分の自己負担金（ただし、文書料、個室料等の治療に直接関係のない費用を除く）を助成する。・ 不育症治療開始日から出産（流産または死産を含む）により当該治療が終了するまでの期間ごとに上限30万円。	<ul style="list-style-type: none">・ 島根県男性不妊検査費助成事業に上乗せして治療費を助成する。・ 助成額：<u>保険適用外</u>の検査費用の内 3/10 を乗じた額（上限額・回数は島根県に準ずる）。 <p>※島根県の制度については県のホームページまたは保健所にお問い合わせください。</p>
申請方法	治療終了の満了月の翌月の末日までに、下記の必要書類を役場健康福祉課まで持参または郵送してください。 <ol style="list-style-type: none">① 不育症治療費等助成申請書② 不育症治療証明書③ 不育症治療等に係る領収書及び明細書④ 夫婦が同一世帯でない場合、戸籍抄本等証明書類⑤ 夫婦の保険証（写し）⑥ 振込口座名義・番号の確認書類（通帳写し）	島根県男性不妊検査費助成事業の承認決定を受けた後に、下記の必要書類を役場健康福祉課まで持参または郵送してください。 <ol style="list-style-type: none">① 川本町男性不妊検査費助成申請書② 島根県が発行した男性不妊検査費助成事業承認決定通知書③ 島根県の申請書類「男性不妊検査費助成事業受診等証明書（様式第2号）」④ 医療機関が発行した男性不妊検査に係る領収書⑤ 振込口座名義・番号確認書類（通称写し）

※各種申請書・証明書は、ホームページからでも印刷できます。申請後は、通知で決定をお知らせします。

お問い合わせ・申請窓口 〒696-8501 川本町大字川本 271-3 電話：0855-72-0633 川本町健康福祉課