

川本町一般不妊治療費

生殖補助医療費助成制度について

一般不妊治療費等（不妊治療・検査、人工授精）	
対象者	・ 戸籍上婚姻関係にある夫婦または事実婚関係にある夫婦で、夫婦のいずれかが町内に住所を有する方。ただし、川本町内に住所を有する期間内に治療を受けたものに限る。
助成内容	・ 助成額：1年間につき上限30万円 ・ 助成期間：3年間
申請方法	治療開始から1年間ごとに申請が必要です。申請期限は1年間の治療が終了する年度の翌年度末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。 ① 一般不妊治療費等助成申請書(様式第1号) ② 一般不妊治療費等証明書(様式第2号)＊治療を行った医療機関が記入(証明)してください。 ③ 一般不妊治療等に要した費用の領収書・明細書の原本 ④ 助成対象となる本人のマイナンバーカードまたは資格確認書(写し) ⑤ 夫婦が同一世帯でない場合、戸籍抄本等証明書類 ⑥ 医療費通知(高額療養費、付加給付の金額が分かるもの) ⑦ 振込口座名義・番号確認書類(通帳写し)

生殖補助医療費	
対象者	下記の全ての要件を満たす夫婦であること ・ 法律上の婚姻関係にある夫婦または事実婚関係にある夫婦であること ・ 夫婦の両者又はいずれか一方が、町内に住所を有すること ・ 夫及び妻が社会保険各法の被保険者、組合員又は被扶養者であること ・ 助成の対象の医療費に対する同種の助成金の給付を受けていないこと
助成内容	保険適用の対象となる生殖補助医療部分の自己負担金（1回の治療につき上限30万円）。ただし、川本町内に住所を有する期間内に治療を受けたものに限る。 生殖補助医療のうち精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術を行った場合は、上記とは別に1回の治療につき30万円まで助成する。
申請方法	1回の治療終了の満了月から起算して6月を経過した月の末日までに、下記の必要書類を役場健康福祉課で持参または郵送してください。 ① 生殖補助医療費助成申請書(様式第1号) ② 生殖補助医療医師証明書(様式第2号)＊治療を行った医療機関が記入(証明)してください。 ③ 生殖補助医療費に係る領収書及び明細書(原本) ④ 夫婦が同一世帯でない場合、戸籍抄本等証明書類 ⑤ 助成対象となる本人のマイナンバーカードまたは資格確認書(写し) ⑥ 医療費通知(高額療養費、付加給付の金額が分かるもの) ⑦ 振込口座名義・番号確認書類(通帳写し)

※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。