

桜川市

不妊治療費(先進医療) 助成金交付事業



桜川市では不妊治療のうち、医療保険適用の生殖補助医療と併せて実施する先進医療に要する費用の一部を助成することにより、不妊に悩む夫婦の経済的負担の軽減を図ります。

対象となる治療

保健医療機関で実施された治療であり、医療保険が適用される生殖補助医療と併せて実施する先進医療

助成の限度額

50,000円

※1回の治療につき、先進医療に係る保険外診療費用の合計金額

【医療機関の発行する桜川市不妊治療費(先進医療)助成事業受診等証明書内の太枠内】と50,000円を比較して低い方の額。

※1回の治療とは、治療計画を立てた日から妊娠判定等に至るまでの一連の治療を指します。

対象者

～以下の要件をすべて満たす方～

- ・不妊治療を受けた夫婦であって、「1回の治療」の初日から申請日までの間、夫又は妻のいずれか一方が市内に住所を有している方。
- ・生殖補助医療以外の治療法によっては妊娠の見込みがない又は極めて少ないと医師に診断され、医療保険が適用される生殖補助医療と先進医療を組み合わせる治療を行った方。
- ・法律上の婚姻をしている方または事実上の婚姻関係と同様の事情にある方。
- ・治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満である方。
- ・申請日において、本市の市税を滞納していない方。

治療開始時の妻の年齢

助成回数

40歳未満の場合

通算6回まで

40歳以上43歳未満の場合

通算3回まで

※上記回数には、いままでの助成対象治療費の支給回数も含む。

※出産した場合と死産に至った場合は、これまで受けた助成回数をリセットすることができる。

(流産はリセットの対象とならない)



交付申請期限

治療終了日の各年度内
(4/1～3/31)

申請方法

1回の治療が終了次第、次の(1)～(4)を持参し、健康推進課窓口で申請してください。
※複数回の治療をまとめて申請できませんのでご注意ください。

- (1)桜川市不妊治療費(先進医療)助成金交付申請書兼請求書(様式第1号)
- (2)桜川市不妊治療費(先進医療)受診等証明書(様式第2号)
- (3)領収書及び明細書
- (4)戸籍上の夫婦であることを証明する書類(戸籍謄本)
- (5)事実婚姻関係にある場合は、夫婦それぞれの戸籍謄本及び事実婚姻関係に関する申立書

問合せ先

桜川市健康推進課
桜川市岩瀬64-2

0296-75-3159



※桜川市HP