桜川市
不妊治療費助成金交付事業

桜川市では、不妊治療が高額であり経済的負担が大きいことから
不妊治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。

治療内容	助成回数	助成の限度額
先進医療 ・医療保険が適用される生殖補助医療と組み合わせて行った先進医療	(※初回治療開始時の妻の年齢が) 40歳未満……通算6回まで 40歳以上43歳未満……通算3回まで ※先進医療を単独で実施した場合、生殖補助医療を全額自己負担で実施した場合や一般不妊治療と併用した場合は対象外	1回の治療につき 上限5万円
保険適用外の生殖補助医療 ・保険適用回数を超えて、4回目以降自費で実施した治療 (2026年4月1日以降に治療を開始した者)	(※初回治療開始時の妻の年齢が) 40歳以上43歳未満……最大2回の助成	1回の治療につき 上限10万円

※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みます。
※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がリセットされます。
（流産はリセットの対象とならない）
※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。
※妻の年齢は、治療を開始した日（治療計画を立てた日）の年齢です。

対象者（以下の要件をすべて満たす方）

- 「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。
- 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。
- 申請日において、本市の市税を滞納していない方。

※申請期限は治療終了日から1年以内となります。

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。

(1)桜川市不妊治療費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)事実婚関係にある場合は、それぞれの戸籍謄本及び事実婚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