

森町不育症治療費助成事業について

森町では少子化対策の一環として、医療保険が適用されない不育症にかかる検査及び治療を受けるご夫婦の経済的負担を軽減するため、検査及び治療に要する費用の一部を助成します。

- (対象者)
- ① 法律上婚姻している夫婦
 - ② 夫または妻のどちらかが、申請日に森町に居住していること
 - ③ 助成に係る治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満の者
 - ④ 夫と妻の合計所得額が730万円未満
 - ⑤ 町民税等を滞納していないこと

(助成対象となる検査及び治療)

平成29年4月1日以降に治療した、保険適用外の不育症治療

- | | | | |
|-----|------------|-----|------------|
| ・検査 | ：抗リン脂質抗体検査 | ・治療 | ：ヘパリン療法 |
| | 血液凝固因子検査 | | 低用量アスピリン療法 |
| | 夫婦染色体検査 | | |
| | 絨毛染色体検査 | | |

(助成対象期間)

- ・ 原則、治療を開始した日の属する月から継続する24か月までです。
- ・ ただし、次に該当する場合は、助成対象期間を延長又は再設置します。
 - ① 医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中断した場合、当該中断期間のうち助成のなかった月数以内で、助成期間を延長します。
 - ② この助成事業による助成金の交付を受けた夫婦が出産し、その後更に次の妊娠を希望するために不育症検査及び治療を行う場合、助成期間はそこから再び24か月設置します。

(助成金額)

- ・ 治療費の本人負担額の7割で、24万1,500円を上限に助成します（1円未満は切り捨て）。
- ・ ただし、医療保険者等から不育症に関する任意の給付が行われる場合は、その額を本人負担額から控除します。

(申請時期)

- ・ 治療が終了した日※が4月～12月・・・治療終了年度の年度末（翌年3月末日）までに申請してください。
- ・ 治療が終了した日※が1月～3月・・・治療が終了した日から起算して90日以内までに申請してください。
※治療が終了した日とは「森町不育症治療費助成事業受診等証明書（様式第3号）」に記入されている治療期間の末日

(申請に必要なもの)

- ① 森町一般不妊治療(人工授精)費等助成金交付申請書（様式第1号の1）
- ② 森町一般不妊治療(人工授精)費等助成事業に関する同意書（様式第1号の2）
- ③ 森町不育症治療費助成事業受診等証明書（様式第3号）
医療機関で記入してもらいます。
※森町ホームページより、①申請書、②同意書、③証明書のダウンロードができます。
- ④ 不育症治療を受けた医療機関発行の領収書
- ⑤ 夫及び妻の戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書
- ⑥ 夫及び妻の前年(申請日が1月から5月までの間にある場合にあっては、前々年)の所得証明書
※町で確認ができない転入者のみ
1～5月に申請する場合 前年1月1日に住民登録が森町になかった方
6～12月に申請する場合 その年の1月1日に住民登録が森町になかった方
- ⑦ 印鑑(スタンプ式不可)
- ⑧ 夫及び妻の健康保険の情報がわかるもの

詳しくは下記まで
お問い合わせください。

<申請窓口・問い合わせ先>

森町役場健康こども課こども家庭係（森町保健福祉センター内）

TEL (0538) 86-6330

