

不妊治療費の助成を申請される方へ



不妊治療を受けられたご夫婦等に対し、治療費の一部を助成することで、経済的負担を軽くするための助成する制度です。

令和4年度から、一部保険適用になったことを受け、助成対象を保険適用対象外分のみに変更します。

なお、山梨県の助成事業の対象となる場合は、先にそちらを申請してください。

★助成を受けることができる方（以下の要件をすべて満たしている方）

- 法律上、婚姻の届けをしていること（ただし事実婚も含む）
- 夫婦のいずれかが、継続して1年以上昭和町に居住していること
- 申請日において、昭和町の住民であること
（住民基本台帳または外国人登録原票に登録されていること）
- 医療機関において不妊症と診断され、昭和町に居住してから、不妊治療を受けていること
- 町税等を滞納していないこと

★助成の対象 （令和4年4月1日以降の治療が対象です）

- 不妊治療のうち、保険適用外となった治療
（先進医療、保険適用の対象年齢外での治療、保険適用対象の回数を超えた分の治療など）

※院外処方も対象となります。

※夫婦以外の第三者からの卵子または精子の提供による治療等は、助成の対象としません。

※申請に必要な診断書料や、インフルエンザなどの予防接種の料金などは含まれません。

★申請できる回数

- 1年度2回を限度とし、通算10回まで
（複数回分の治療をまとめて申請可だが、最長1年間とする。年度はまたいでも構わない。）

★助成額

- かった治療費の自己負担額の2分の1（100円未満は切捨て）で、
1年度あたり20万円を上限
（他の助成事業で給付を受けている場合は、その助成額を除いた額を対象とする）

★申請期限

- 治療終了日から1年以内

★申請に必要な書類等 (! 不備がないか、必ず確認をしてください)

- 不妊治療費助成金申請書(様式第1号)
- 不妊治療受診等証明書(様式第2号)
(※保険適用対象外の院外処方是对象になるので、処方箋発行日を記載してもらってください)
- 治療期間内のすべての領収書、明細書(点数等詳しく載っているもの)の原本
(※添付する領収書の合計金額と、証明書に書かれた金額が一致しているか確認してください)
- 住民票(世帯全員・本籍・筆頭者が記載され、マイナンバーのないもの。発行から3ヶ月以内)
- (昭和町以外に本籍がある方) 戸籍謄本
(※町内にある方は、同意書に基づき免除)
- 事実上婚姻関係と同様の事情にある者に関わる申立書(※対象の方)
- (外国籍を有する方) 外国人在留カード
- (県で助成を受ける方) 承認書の写し、または助成金額がわかる申請書等(コピー可)
- 夫、妻それぞれの加入している医療保険証の写し
(同年度中の複数回目の申請、かつ加入している医療保険の変更がなければ免除可)
- 印鑑(※申請書の助成金額に訂正があった場合、申請書の書き直しが必要になります)



★申請金額の計算(例)

(例1) 受診等証明書の金額が160,000円、県などでの助成が20,000円の場合

$$\text{助成申請額} = (160,000 - 20,000) \times 1/2 = \underline{70,000 \text{ 円}}$$

※他での助成を除いた額が対象額となる

(例2) 受診等証明書の金額が380,000円、院外処方が15,630円の場合

$$\text{助成申請額} = (380,000 + 15,630) \times 1/2 = 197,815 \text{ 円} \rightarrow \underline{197,800 \text{ 円}}$$

※受診等証明書に記載されている処方箋でかかった金額を上乗せ可

(例3) 受診等証明書の金額が759,540円の場合

$$\text{助成申請額} = 759,540 \times 1/2 = 379,770 \text{ 円} \rightarrow \underline{200,000 \text{ 円 (上限額)}}$$

※同一年度の助成上限額は200,000円のため、自己負担額1/2が200,000円を超える場合は上限額まで

(例4) 同一年度2回目の申請で、今回の受診等証明書の金額が186,000円。1回目の申請時に135,200円受給している場合。

$$\text{助成申請額} = 186,600 \times 1/2 = 93,300 \text{ 円} \rightarrow \underline{64,800 \text{ 円 (年度上限額)}}$$

※同一年度の上限額が200,000円のため、1回目の差額のみ受給可能

★注意事項

- ・山梨県の「不妊治療費（先進医療）助成対象事業」の対象になる場合は、先にそちらを申請してください。（管轄は、中北保健福祉事務所 健康支援課：韮崎市本町 4-2-4、☎0551-23-3073）
- ・助成決定可否までに約2～3 週間はかかりますので、当該年度の3月15日（休日・祝日の場合は、直前の開庁日）までを、年度申請の締め切りとします。
- ・助成の申請期限は、治療終了日から1年以内ですので、年度末に差しかかる方は次年度の申請をご検討ください。次年度の申請開始日は4月1日（休日・祝日の場合は、直後の開庁日）になります。

<申請～助成までの流れ>

- ①申請に必要な書類等をご確認の上、一式を揃えていきいき健康課まで提出します。
領収書の原本は、一旦お預かりします。
※同じ治療期間において、県へも同時に申請をする方は、先に県へ申請をしてください。
町へ申請する際は、県の助成金額がわかる書類（承認通知書、申請中の方は申請書のコピー等）を提出してください。町での助成は、県での助成金額を差し引いた分になります。
- ② 3週間程度で、交付決定通知書（不交付決定通知書）と請求書を郵送します。
- ③ 手続き期限内までに、請求書に必要事項をご記入の上、いきいき健康課の窓口までご提出ください。その際、お預かりしている領収書の原本を返却いたします。

●申請窓口・お問合せ先

昭和町役場 いきいき健康課（総合会館1階）健康増進係
電話 055-275-8785（直通）