



## 上士幌町一般不妊治療費助成事業のご案内(R5年4月~)



### 対象となる治療

- 令和5年4月1日以降に治療を開始した一般不妊治療(タイミング法及び人工授精)が対象です。
- 夫婦以外の第三者から提供を受けた精子・卵子・胚による不妊治療や、代理母、借り腹によるものは、対象となりません。



### 対象者

- ・婚姻をしている夫婦(事実上婚姻関係と同様の事情にある方も含みます)
- ・夫婦のうち一般不妊治療を受けた方が、当該治療時・交付申請時ともに、上士幌町に住所を有している事。
- ・夫婦共に町税等で滞納していない事。
- ・同一の一般不妊治療費に対して、他の市町村から助成を受けていない又は、受ける見込みがない事。



### 助成内容(額)

- ・保険診療にかかった自己負担費用を助成します(保険外診療は、助成の対象外です)
- ・一年度につき10万円を限度に助成します(一年度は3月~翌年2月診療分まで)
- ・高額療養費の給付や付加給付を受けている場合(受ける予定も含む)は、自己負担費用から給付の額を差し引いた額に対して助成します。



### 助成の申請

- ・治療終了後、すみやかに保健福祉課健康増進担当に申請してください。申請期限は治療が終了した日の属する年度内となります。

#### ◎申請に必要なもの

- ①上士幌町一般不妊治療費助成金交付申請書(様式第1号)
- ②別紙(一般不妊治療費申請金額内訳書)
- ③上士幌町一般不妊治療費助成金受診等証明書(様式第2号) ※事前に医療機関で記入が必要です
- ④一般不妊治療に係る領収証・明細書 ※院外処方に係るものも含む
- ⑤申請者(治療された方)の配偶者が町外に住所を有する場合は、配偶者の戸籍謄本、住民票謄本
- ⑥高額療養費支給決定通知書 ※高額療養費が適用されている場合
- ⑦付加給付に関する書類 ※付加給付がある場合。加入している医療保険によって異なります。  
ex. 北海道市町村組合の付加給付⇒短期給付決定通知書
- ⑧事実婚の場合は、事実婚関係に関する申立書(様式第3号)