

胎内市 不育症治療費助成事業のご案内

胎内市では、不育症治療にかかる治療費の一部の助成を行っております。

◎対象者

- ①医療機関において不育症と診断され、治療の必要が認められ、医療機関で不育症の治療を受けた方。
- ②夫婦の両方が、受療日及び申請日において胎内市に住所を有する方。
- ③治療開始時点において法律上の婚姻をしている夫婦。
- ④市税等の滞納のない方。

◎助成内容

助成対象となるものは、不育症治療等にかかる保険診療の自己負担額、保険診療対象外の治療費及び不育症治療のための処方箋による院外調剤費用です。

※下記の費用は助成対象外です。

- ・胎内市妊産婦医療費助成に関する条例において助成の対象となった不育症にかかる費用
- ・出産等にかかる費用 ・処方箋によらない医薬品等の費用
- ・入院時の差額ベッド代、食事代、病衣使用料、文書料その他治療に直接関係のない費用

◎助成額・期間

1年度あたり10万円を限度とし、通算5年間助成します。

また、医療保険各法の適用を受ける場合には、その自己負担額に対しての助成となります。

◎必要書類

助成の申請期限は、原則として、治療が終了した日から6か月以内です。

- ①胎内市不育症治療費助成金交付申請書（様式第1号）
- ②胎内市不育症治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）
- ③不育症治療を受けた医療機関等が発行する領収書及び診療明細書の原本
※コピーを取り、後日、返却します。
- ④振込先口座の通帳

◎申請・問い合わせ

胎内市 健康づくり課 子育て応援係

（胎内市西本町11番11号 ほっとHOT・中条内）

電話：0254-44-8680