

中津川市生殖補助医療(体外受精及び顕微授精)費助成を申請される方へ

令和7年4月1日更新

中津川市健康課

1. 助成の対象となる方

以下のすべてに該当する必要があります。

- (1) 申請日において、夫婦(事実婚を含む)の双方又は一方が中津川市に住民票があること。
- (2) 同じ治療に対して、他の市区町村で同様の助成金の申請をしていないこと。
- (3) 治療開始日における女性の年齢が43歳未満であること。

2. 対象となる治療

医療保険適用外で行った体外受精または顕微授精

※ただし、以下の場合は助成対象となりません。

- ・医療保険適用で行った治療および保険診療と併用した先進医療に係る費用
- ・夫婦以外の第3者からの精子・卵子・胚の提供による不妊治療および代理母、借り腹
- ・文書料、入院費、管理(保存)料

3. 申請期間

当該生殖補助医療が終了した日から 1年以内

4. 助成金額 (下表参照)

- ◆ A・B・D・E → 上限 10 万円
- ◆ C・F → 上限 5 万円
- ◆ G・H → 助成対象外

A	新鮮胚移植を実施
B	凍結胚移植を実施 ※
C	以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施
D	体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
E	受精できずまたは、胚の分割停止、変性、多精子受精等により中止
F	採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止
G	卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止
H	採卵準備中、体調不良などにより中止

※B は、当初からの治療方針に基づく治療(採卵・受精後、1～3 周期の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行うもの)を行った場合とする。

5. 助成の申請

裏面「不妊治療(生殖補助医療)費助成の申請必要書類」を確認しご提出ください。

6. 申請手続きから助成金の支払いまでの流れ

- (1) 中津川市健康課で、治療が終了した日から1年以内に申請手続きを行ってください。
- (2) 承認審査を実施します。
 - ・承認された方には、指定金融機関の口座に3か月以内に助成金を振り込みます。
 - ・承認されなかった方には、不交付決定通知書をお送りします。

裏面へ

生殖補助医療費助成の申請必要書類

ご用意いただく書類	詳 細
① 中津川市生殖補助医療費助成金 申請書兼請求書 様式第1号	申請者が作成
② 中津川市生殖補助医療費助成金 受診等証明書 様式第2号	申請者が指定医療機関へ作成を依頼
③ 不妊治療を受けた医療機関発行の 領収書(原本)	不妊治療にかかった全ての領収書を持参してください。 ただし、治療を受けた方の氏名が記入されたものに限ります。
④ 不妊治療を受けた医療機関発行の 診療明細書(原本)	不妊治療にかかった全ての診療明細書を持参してください。 ただし、治療を受けた方の氏名が記入されたものに限ります。
⑤ 住所と婚姻状況を確認できる書類等 ・ 続柄の記載の住民票 ※ ※ただし、申請者の同意が得られ本市で確認できる場合は省略可。	住民票(続柄記載)は市役所市民保険課で取得可能。 ※発行後3か月以内のもの
・ 事実婚の場合 様式第3号	申請者が作成

【問合せ】

〒508-8501

中津川市かやの木町2番5号

中津川市役所 健康課

TEL 0573-66-1111 内線(626)

FAX 0573-62-0058