

中津川市不妊治療(生殖補助医療)費助成を申請される方へ

令和5年4月 中津川市健康医療課

(1)助成の対象となる方

助成の対象者は以下のすべてに該当する方です。

- ①申請日において、夫婦の双方又は一方が中津川市内に住所を有すること。(事実婚含む)
- 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治療開始日の女性の年齢が43歳未満であること。

(2)対象となる治療

令和4年4月1日以降に開始した、医療保険診療外で行った下記の治療。

- ◇体外受精
- ◇顕微授精

ただし、以下は助成対象となりません。

- ・医療保険診療で行った治療および、医療保険診療と併用した先進医療に係る費用
- ・夫婦以外の第三者からの精子・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)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：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との当初からの治療方針に基づく治療を行った場合。

(5)助成の申請

次ページの中津川市「不妊治療(生殖補助医療)費助成の申請必要書類」にある書類をそろえて提出してください。

(6)申請から助成金の支払いまでの流れ

- ①中津川市健康医療課窓口にて治療終了日から6か月以内に申請手続きをしてください。
- ②承認審査を実施・決定後、③市より申請者から指定された金融機関の口座に助成金を振り込みます。

不妊治療(生殖補助医療)費助成の申請必要書類

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。(必須)
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 ※ ・マイナンバーカード又は運転免許証 ・事実婚の場合	・住民票(続柄記載)は市役所の市民課で取得可能。 ※発行後3か月以内のもの ※ただし申請者の同意があり本市で確認できる場合は省略可 ・申請者が様式第3号を作成
(承認決定通知後)	決定後約1か月位でご指定の口座に振り込みます。

【 問い合わせ先: 中津川市健康医療課 】

〒508-8501

中津川市かやの木町2番5号(健康福祉会館内)

Tel 0573-66-1111 内線(626) Fax 0573-62-0058