

小山町不妊治療・不育症治療費助成制度

不妊治療・不育症治療を行うご夫婦の経済的負担の軽減を図るため治療費の一部を助成します。

対象 次のすべてに該当する夫婦(事実婚を含む)

- ① 夫婦の両方又は一方の住所が町内にある方
- ② 夫婦が健康保険に加入している方
- ③ 夫婦に町税などの滞納がない方

対象の治療 不妊治療・不育症治療に係る検査及び治療費(保険診療・保険診療外問わず)

助成内容

治療に要した費用(保険診療自己負担額と保険診療外の治療費)から県の助成額や高額療養費・付加給付等を差し引いた額の半額を助成。ただし人工授精・男性不妊治療・町の指定する不育症治療に要した費用は7/10を助成します。(治療によって上限額があります)

1年度1回。20万円を限度とします。(100円未満の端数は切り捨て)

助成金の交付は通算5回を限度とします。(継続でなくても助成します。)

※転入前、転出後の治療に対する助成はできません。

★申請に必要な書類★

No.	書類名等	チェック
1	小山町不妊治療・不育症治療費助成金交付申請書	
2	不妊治療・不育症治療受診等証明書 (受診した病院に証明を受けたものを提出してください。)	
3	領収書 (不妊・不育症治療に関わるもの。その他治療費の支払いを証明する書類)	
4	県の助成金を受けた人はその額を証明する書類(決定通知書)	有・無
5	保険組合等からの高額療養費や付加給付を受給の場合は、その額を証明する書類(決定通知書等) ※小山町の申請の前に、県や健康保険組合への申請が必要となります。	有・無 ----- 限度額適用認定証の利用 有・無
6	夫妻の戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書	
7	被保険者証の写し(夫・妻)	夫・妻
8	事実婚に関する申立書(届出をされていない方)	
9	印鑑	

★書類の提出について★ ①又は②のどちらか遅い日が提出締切となります。

① 治療を行った日の属する4月～翌年3月までの1年度に、1回の申請となります。

申請の締切は年度末となります。ただし、治療の終了日(年度内最後の診療日)が1～3月までの場合は、最終日から90日以内に申請してください。

② 県助成金や健康保険組合から給付を受けた場合は、決定から90日以内に申請してください。

提出期限を過ぎると助成することはできません。ご注意ください。

担当:健康増進課健康づくり班 電話:0550-76-6668



静岡県助成金案内 ↑

記入例

小山町不妊治療・不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

小山町長様

住所
申請者 氏名 ⑩
電話番号

小山町不妊治療・不育症治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、助成金の交付決定に必要な要件を確認するため、夫婦の住民基本台帳、所得状況、税収納状況、過去の受給歴について調査、照会することに同意します。

記

同一名義

対象者	夫	(ふりがな) 氏名 ()	生年 月 日 生 (歳)
		加入医療保険	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者
		住所 〒 -	電話 ()
	妻	(ふりがな) 氏名 ()	生年 月 日 生 (歳)
		加入医療保険	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者
		住所 (夫と異なる場合のみ記入) 〒 -	電話 ()
振込先	金融機関	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所	
	預金種別	普通	(ふりがな) 口座名義人 (申請者と同一)
		当座	
口座番号	(左詰記入)		
人工授精に係る領収金額	記入しないでください。	不妊治療受診等証明書領収金額 (人工授精に係る金額)	
男性不妊治療に係る領収金額		不妊治療受診等証明書領収金額 (男性不妊治療に係る金額)	
不育症治療に係る領収金額		不育症治療受診等証明書領収金額 (不育症治療に係る金額)	
不妊治療・不育症治療費領収金額 総額		不妊治療受診等証明書領収金額 (総額)	
付加給付額		保険者からの付加給付がある場合に記入	
県補助金		静岡県特定不妊治療費助成支給額	
申請額			

申請状況	過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 申請回数 回目 申請歴 (年度)
	人工授精 過去に町外かつ静岡県内で人工授精の助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 自治体名 (市町) (年度)
	不育症治療 過去に町外かつ静岡県内で不育症治療の助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 自治体名 (市町) (年度)