

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

- ・ 不妊症・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。**1年度1回の申請で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	不妊治療受診等証明書又は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。） 不妊治療対象外費用内訳書（必要な場合のみ）	
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	県の補助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）	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 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。
ただし、治療の終了日が1～3月までの場合は、**治療の終了日から90日以内**に申請してください。
- ② 県補助金を受けた場合は、**決定から90日以内**に申請してください。
※県の助成を受けるためには、小山町の申請の前に、別途県への申請が必要となります。

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



様式第1号（第6条関係）

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

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

対象者	夫	(ふりがな) 氏 名	()	生年 月 日	年 月 日生 (歳)
		加入 医療保険	【種別】市町村国保・組合国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 ()	【区分】本人・被扶養者	
	妻	(ふりがな) 氏 名	()	生年 月 日	年 月 日生 (歳)
		加入 医療保険	【種別】市町村国保・組合国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 ()	【区分】本人・被扶養者	
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所			
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人 (申請者と同じ)	()	
	口座番号	(左詰記入)			
収入金額	人工授精に係る収入金額	円			
	男性不妊治療に係る収入金額	円			
	不育症治療に係る収入金額	円			
	不妊治療・不育症治療費収入金額	円			
	収入金額合計	円			
	付加給付額	円			
申請額	県補助金	円			
	申請額	円			

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)

様式第2号の1（第6条関係）

不妊治療受診等証明書

下記の者については、不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所 在 地

名 称

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者氏名	()	()
受診者生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
今回行った治療内容について、該当箇所を記入してください。日曜、経過等は余白に記入してください。		
・タイミング療法	実施 (回)	・ 未実施
・排卵誘発法	実施 (回)	・ 未実施
・人工授精	実施 (回)	・ 未実施
・体外受精	実施 (回)	・ 未実施
・顕微授精	実施 (2 回) 5/10・8/20	・ 未実施
・手術療法	実施 (手術方法)	・ 未実施
・その他	{ ○月○日妊婦判定 }	
今回の治療期間	※数当年度のみの対象です。例：令和4年4月1日～令和5年3月31日	
領収金額 (本人負担額)	人工授精に係る金額 (※1) 円 不妊治療費総額 (人工授精に係る金額を含む。) (※2) (※3) ○○○○○○円	

(※1) 人工授精の対象となる治療は、次のとおりです。

- ①事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びHIVなどの感染症検査に要する費用
- ②採精（事前採取も含む。）に要する費用
- ③精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存に要する費用（通常、人工授精施行当日に採取するが、夫の都合により人工授精当日に来院できない場合に限る。）
- ④精子の濃縮、精子の洗浄等に要する費用
- ⑤排卵誘発のためのHCG注射に要する費用
- ⑥精子を子宮内に注入するために要する費用
- ⑦人工授精後、感染予防のため、服用する抗生剤等に要する費用

(※2) 院外処方がある場合、不妊治療費総額に、薬局の領収書から本人負担額を加えてください。

(※3) 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含めないでください。