

下野市妊娠サポート事業

特定不妊治療（体外受精・顕微授精）

特定不妊治療の一環として男性不妊治療（精巣や精巣上体から精子を採取する手術である、T E S E, M E S A, P E S A等）を行った場合、男性不妊治療に係る治療費分について上乗せして助成が受けられます。

※精子が採取できず治療が終了したため特定不妊治療に至らなかった場合は、男性不妊治療のみでの申請もできます。但し、その場合も特定不妊治療の助成回数は1回としてカウントされます。

●対象者

1) 特定不妊治療

次のすべてに該当する方

- ①治療開始時に法律上の婚姻をしている夫婦
- ②申請時において、夫婦のどちらかが、下野市に引き続き1年以上住所を有する方
※下野市に住所を有していた期間の治療であっても転出後の申請はできませんので、転出予定の方はご注意ください。
- ③市税を滞納していない方
- ④医療保険に加入している方（被保険者、組合員及び被扶養者）
- ⑤不妊に悩む方への特定治療支援事業指定医療機関において治療を受けた方

2) 男性不妊治療

次のすべてに該当する方

- 上記特定不妊治療の①～④に該当する方
- 上記⑤の特定不妊治療の一環として男性不妊治療を行った方
- 特定不妊治療を実施した医療機関若しくは特定不妊治療を実施した医療機関から紹介された医療機関において治療を受けた方
※妻が特定不妊治療の助成回数制限により申請対象とならない方は対象外となります。

●助成回数

1) 特定不妊治療

○1回の治療ごとに申請

○初めての申請に係る治療開始時の妻の年齢により下記のとおり回数制限があります。
（過去に受けた助成も含め、通算1回目の助成に係る治療開始時の年齢です。）

★40歳未満の方⇒43歳になるまでに6回(改正前に受けた助成の回数も含みます)

★40歳以上43歳未満の方⇒43歳になるまでに3回(改正前に受けた助成の回数も含みます)

★43歳以上の方⇒助成対象外

注) 43歳になるまでとは、助成を受けようとする治療分の治療開始時を基準とします。なお、治療開始時とは、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始日となります。

2) 男性不妊治療

○一環として行われる特定不妊治療と合わせ1回ごとに申請

※精子が採取できず治療が終了したため特定不妊治療に至らなかった場合は、男性不妊治療のみでの申請もできます。但し、その場合も特定不妊治療の助成回数は1回としてカウントされます。

○特定不妊治療の助成回数内

※必ず一環として行われる特定不妊治療と同時申請（同じ申請書）で申請してください。特定不妊治療の申請を受付した後、一環として行われた男性不妊治療があった旨の申し出があっても、男性不妊治療分の上乗せ助成が出来なくなる場合がございます。

●助成の内容

1) 特定不妊治療

特定不妊治療に係る保険診療外の治療費から、他の助成額を控除した治療費の1/2を対象として、1回の申請で上限10万円まで（凍結胚移植、又は採卵したが卵又は状態のよい卵が得られないため中止した場合は5万円まで）

※下野市に転入された方の場合、前住所地に住所を有していた期間分の治療費は対象外です。

2) 男性不妊治療

特定不妊治療（但し、以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施した場合[下記治療区分のC]を除く）の一環として行われる、精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術に要した費用に係る保険診療外の治療費から、他の助成額を控除した治療費の1/2を対象として、1回の申請で上限10万円まで

※下野市に転入された方の場合、前住所地に住所を有していた期間分の治療費は対象外です。

●申請期限

治療を受けた年度の翌年度末まで（治療を受けた年度とは、当該治療の終了日が基準です）
（栃木県等から支給がある場合、支給決定日の属する年度の翌年度末まで）

●必要書類

□不妊治療費（特定不妊治療及び男性不妊治療）助成金交付申請書

※男性不妊治療も申請される方で、男性不妊治療を、特定不妊治療を実施した医療機関と別の医療機関で実施した場合は、男性不妊治療分の領収書を、特定不妊治療を実施した医療機関に提出し、特定不妊治療実施医療機関の主治医の証明を受けてください。

□夫婦それぞれの医療保険証の写し

□治療に係る領収書の原本（医療機関で証明された治療期間及び治療費分の全て）

※治療費を振込等で支払った場合は、医療機関からの請求書と振込んだことがわかる書類（振込受領証やATMでのご利用明細書等）の両方が必要です。

□助成金交付決定通知書の写し ※医療保険や他自治体等から給付があるとき

□同意書 ※県の助成金交付決定通知がないとき

□戸籍謄本、本籍・続柄が記載された個人番号記載のない住民票 ※夫婦が同じ世帯の場合は不要

●注意事項

①必ず、栃木県の不妊に悩む方への特定治療支援事業へ申請できるかを確認してください。

申請できる方⇒先に栃木県へ申請してください。栃木県からの支給決定以後、下野市への申請となります。（下野市への申請に県の交付決定通知書が必要です。）

申請できない方⇒下野市のみでの申請となります。（同意書が必要です。）

②特定不妊治療の一環として男性不妊治療を行い、その分も申請される方は、必ず一緒に（同じ申請書で）申請してください。特定不妊治療の申請を受け付けた後、男性不妊治療を行ったと申し出があっても、上乘せ助成は受けられません。また、男性不妊治療単独での申請もございません。

※主治医等の治療方針により、採卵前に男性不妊治療を行ったが、精子が採取できず治療が終了した場合は、男性不妊治療のみでの申請もできます。但し、その場合も特定不妊治療の助成回数は1回としてカウントされます。

助成対象治療区分

治療区分	採卵まで				採精（夫） （前培養・媒精（顕微授精）・培養）	胚移植					妊娠の確認	特定不妊治療助成対象範囲	特定不妊治療助成額上限	男性不妊治療助成対象範囲	男性不妊治療助成額上限	
	薬品投与（点滴薬）	薬品投与（注射）	採卵	採精		新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植							
						胚移植	黄体期補充療法		薬品投与	胚移植						黄体期補充療法
平均所要日数	14日	10日	1日	1日	2~5日	1日	10日		7~10日	1日	10日	1日				
A	新鮮胚移植を実施												助成対象	10万円	助成対象	10万円
B	凍結胚移植を実施（※1）															
C	以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施													5万円	対象外	
D	体調不良等により移植のめどが立たず治療終了													10万円	助成対象	10万円
E	授精できず または、胚の分割停止、変性、多精子授精など異常受精等により中止															
F	採卵したが卵が得られない、又は状態の良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												対象外		対象外	
H	採卵準備中、体調不良等により治療中止												対象外		対象外	

※1：採卵・受精後、1~3周期程度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。

※2：採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態の良い精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。

人工授精（A I H）

下野市では、特定不妊治療のほか、人工授精についても治療費の一部を助成しています。

●対象者

次のすべてに該当する方

- 治療開始時に法律上の婚姻をしている夫婦
- 申請時において、夫婦のどちらかが、下野市に引き続き1年以上住所を有する方
※下野市に住所を有していた期間の治療であっても転出後の申請はできませんので、転出予定の方はご注意ください。
- 市税を滞納していない方
- 医療保険に加入している方（被保険者、組合員及び被扶養者）

●助成回数

- 1年度分（数回分）をまとめて1回としてカウント
- 通算2年度（2回まで）
※1年度分とは、4月1日から翌年3月31日までの治療となります。

●助成の内容

人工授精に係る保険診療外の治療費から、他の助成額を控除した治療費の1/2を対象として、1回の申請で上限5万円まで

※下野市に転入された方の場合、前住所地に住所を有していた期間分の治療費は対象外です。

●申請期限

治療を受けた年度の翌年度末まで

●必要書類

- 不妊治療費（人工授精）助成金交付申請書
- 夫婦それぞれの医療保険証の写し
- 治療に係る領収書の原本（医療機関で証明された治療期間及び治療費分の全て）
- ※治療費を振込等で支払った場合は、医療機関からの請求書と振込んだことがわかる書類（振込受領証やATMでのご利用明細書等）の両方が必要です。
- 助成金交付決定通知書の写し ※医療保険や他自治体等から給付があるとき
- 戸籍謄本、本籍・続柄が記載された個人番号記載のない住民票 ※夫婦が同じ世帯の場合は不要

不育症治療

不育症と診断され、不育症の治療を行った場合、治療費の一部が助成されます。

●対象者

次のすべてに該当する方

- 治療開始時に法律上の婚姻をしている夫婦
- 申請時において、夫婦のどちらかが、下野市に引き続き1年以上住所を有する方
※下野市に住所を有していた期間の治療であっても転出後の申請はできませんので、転出予定の方はご注意ください。
- 市税を滞納していない方
- 医療保険に加入している方（被保険者、組合員及び被扶養者）
- 厚生労働省不育症研究班に属する医療機関（これと同等の能力を有する国内の医療機関を含む）において治療を受けた方

●助成回数

- 1回の治療ごとに申請
※1回の治療とは、不育症治療を開始した日から出産（流産、死産等を含む）に伴い治療が終了するまでの期間です。
- 1年度1回まで

●助成の内容

不育症と診断された後の当該治療に係る保険診療外の治療費から他の助成額を控除した治療費の1/2を対象として、1回の申請で上限30万円まで

●申請期限

治療を受けた年度の翌年度末まで

※治療を受けた年度とは、不育症治療の終了日が基準です。

●必要書類

□不育症治療費助成金交付申請書

※診断実施医療機関と治療実施医療機関の両方の証明を受けてください。

□夫婦それぞれの医療保険証の写し

□治療に係る領収書の原本（医療機関で証明された治療期間及び治療費分の全て）

※治療費を振込等で支払った場合は、医療機関からの請求書と振込んだことがわかる書類（振込受領証やATMでのご利用明細書等）の両方が必要です。

□助成金交付決定通知書の写し ※医療保険や他自治体等から給付があるとき

□戸籍謄本、本籍・続柄が記載された個人番号記載のない住民票 ※夫婦が同じ世帯の場合は不要

下野市妊娠サポート事業におけるQ & A

【共通事項】

Q1 市への申請に、戸籍謄本と住民票が必要ですか？

A 夫婦が同じ世帯であれば必要ありません。単身赴任等で別世帯の時は必要になります。

Q2 確定申告の医療費控除を受けたいので、領収書は返却してもらえますか？

A 原本確認の受付印押印後、写しをとりお返しします。確定申告の医療費控除では、「保険金などで補てんされる金額」に助成額を計上してください。

【特定不妊治療】

Q3 特定不妊治療を受けたので、先に県に申請しようと思います。申請先はどちらですか？

A 県南健康福祉センター健康支援課 〒323-0811 小山市犬塚 3-1-1 ☎0285-22-0488 になります。

なお、県の申請については所得制限がございますので、直接お問い合わせください。所得制限により県の申請対象外となった場合は、市への申請に「同意書」が必要になります。

Q4 体外受精治療期間が、3/15～4/20です。どちらの年度になりますか？

A 治療が終了した日の属する年度分として取り扱いますので、4/20の属する年度分となります。なお、男性不妊治療を伴う場合、男性不妊治療が4/20以前に終了しても、一環として行われる体外受精の終了日が基準となります。

Q5 第1子のおとき、40歳で体外受精の助成を2回受けました。今度、第2子のため治療を再開しようと思います。誕生日が来ると43歳になりますが、申請できますか？

A 通算回数は1組の夫婦の助成回数ですので、お子さんの人数は問いません。最初の申請時に40歳であったため、43歳までに通算3回助成が受けられます。過去に2回受けていますので、43歳の誕生日前に治療を開始した分であれば、残りの1回は申請可能ですが、43歳の誕生日以降に開始した場合は対象外です。

Q6 体外受精治療に40万円、その治療の一環として男性不妊治療に30万円かかりました。県から体外受精分15万円、男性不妊治療分15万円助成されました。市では、いくら助成されますか？

A 体外受精分は、 $(40万円 - 15万円) \times 1/2$ （百円未満切捨て）と10万円の少ない方が、男性不妊治療分は、 $(30万円 - 15万円) \times 1/2$ （百円未満切捨て）と10万円の少ない方が助成されます。よって体外受精分10万円＋男性不妊治療分7万5千円の17万5千円の助成となります。

Q7 体外受精治療を行いました、その治療の一環として男性不妊治療を、体外受精治療を行った医療機関から紹介された医療機関で行いました。申請はそれぞれした方が良いのですか？

A 同じ申請書で同時に申請してください。特定不妊治療と男性不妊治療を、異なった医療機関で実施した場合は、特定不妊治療を実施した医療機関に、男性不妊治療で支払った領収書を提出し、合わせて証明を受けてください。特定不妊治療の申請を受け付けた後に、一環として行った男性不妊治療があったと申し出があった場合、男性不妊治療の上乗せ助成が受けられない場合がございます。

【人工授精】

Q7 人工授精治療を9月、11月、1月の3回行い、まとめて申請しました。その後、3月にもう1回人工授精治療を行いました、前回の3回分の申請で上限額5万円に満たなかったため、追加で3月分の申請ができますか？

A 人工授精の申請回数は、年度分をまとめて1回、通算2年度分です。3月の治療分は、前回3回分と同一年度分ですので申請できません。年度途中で申請する場合は、同一年度内の治療計画を十分検討したうえで申請してください。

●申請及び問い合わせ先

下野市役所 健康増進課 母子保健グループ

〒329-0492 下野市笹原 26 番地 ☎32-8905