



不育症治療費助成事業

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

お問い合わせ先

下野市役所 1階 12番

健康増進課 母子保健グループ

TEL 0285-32-8905

