

仁淀川町不妊治療費等助成事業のご案内

○不妊検査、不妊治療を受けられたご夫婦の経済的負担の軽減を図るため、費用の一部を助成します。

※令和6年4月1日～令和7年3月31日までに受けた検査、治療が対象となります。

【事業の概要】

対象治療	一般不妊治療・人工授精	特定不妊治療
	不妊検査・一般不妊治療・人工授精	体外受精または顕微授精
助成額	1年度毎に10万円を上限	1回につき10万円を上限 (※特定不妊治療に要する費用として対象者が負担すべき額から、「高知県特定不妊治療支援事業」で助成を受けた額を控除した額について)
助成期間・回数	通算5年度 (連続した5年でなくても可)	通算回数6回まで
対象者条件 ※①～⑤の 全てに該当 する方	①法律上婚姻関係にある夫婦 ②夫婦の両方又はいずれか一方が仁淀川町に住所を有し、かつ居住している ③夫婦が医療保険各法の規定に基づく被保険者、組合員又は被扶養家族である ④町税等の滞納がない ⑤特定不妊治療については高知県の特定不妊支援事業の助成の決定を受けている	
申請時期	不妊治療を受けた日の属する年度の末日までに提出すること ※1年度とは、4月1日～3月31日までをいう。 例) 令和6年度：令和6年4月1日～平成31年3月31日 ※申請の希望がある方は、事前に下記までご連絡ください。	

【申請に必要な書類】

書類	一般不妊治療	特定不妊治療
不妊治療費等助成事業申請書兼請求書	○	○
不妊治療費等助成事業医療機関等証明書(※1)	○	○
夫婦の加入医療保険証(写し)	○	○
戸籍謄本または住民票(続柄及び本籍地が記載されたもの)	○	○
児童手当法施行令による控除額等が確認できる所得課税証明書	○	○
不妊治療等を要した費用の領収書(※2)	○	○
振込先口座番号が確認できるもの	○	○
高知県特定不妊治療支援事業承認決定通知書の写し	○	○

※1. 特定不妊治療費助成申請の場合は、高知県知事に提出する「特定不妊治療支援事業医療機関受診等証明書」の写しを提出して下さい。

※2. 高知県が実施する高知県特定不妊治療支援事業申請のため、原本を提出する場合は、写しを提出してください。

【申請・お問い合わせ先】仁淀川町役場 健康福祉課 保健師まで 電話：35-0888