



菰野町特定不妊治療費(先進医療)助成事業について

菰野町では、令和5年7月4日より、不妊治療における経済的負担の軽減を図るため、令和4年度から保険適用となった体外受精や顕微授精などの特定不妊治療に併せて行われる、先進医療に要する費用の一部を助成します。

【対象】※ 以下のすべてに当てはまる方

- ① 法律上の夫婦又は事実婚の夫婦であること
- ② 夫婦のどちらか一方又は双方が菰野町内に住所を有していること
- ③ 生殖補助医療にかかる保険医療機関において保険診療の特定不妊治療を受けたことがある方
- ④ 当該特定不妊治療の開始日において、妻の年齢が43歳未満であること
- ⑤ 当該特定不妊治療の開始日が令和5年4月1日以後であること

【助成内容】

- ・保険診療の特定不妊治療として併用して実施された先進医療
- ・当該先進医療の実施医療機関として厚生労働省地方厚生局へ届出を行っている又は承認されている保険医療機関で実施された先進医療

【助成金額】

先進医療費の10分の7を乗じた額と5万円を比較して、いずれか低い方の金額

【申請方法】

- ・必要書類を添えて、治療が終了した日から起算して60日以内に子ども家庭課に申請書類を提出してください。

【申請書類】

- ① 菰野町特定不妊治療費(先進医療)助成事業申請書
- ② 菰野町特定不妊治療費(先進医療)助成事業受診等証明書
- ③ 特定不妊治療を受けた医療機関が発行する領収書の原本
- ④ 振込先が確認できる預金通帳など
- ⑤ やむを得ない理由により申請が60日を超えるような場合は、遅延理由書を提出してください。ただし、令和5年4月1日から7月3日までに実施した治療については、提出は不要です。

※ 詳細については、菰野町役場子ども家庭課までお問い合わせください。



【問い合わせ先】

菰野町役場 子ども家庭課 子育て支援係 電話:059-391-1124 FAX:059-394-3423