



垂井町一般不妊治療(人工授精)の助成について

○対象となる治療：人工授精にかかる保険適用となる治療費

事前検査、管理料、初診料、再診料、超音波検査、処方等も一般不妊治療に関するものであれば助成の対象となります。

○対象者：次のすべてに該当する方

- (1) 治療開始日において、夫婦(事実婚も含む)であり、申請日において夫婦のいずれか一方が町内に住所を有すること。
- (2) 他の市区町村から助成を受けていないこと。

○助成額：1年度の診療分の人工授精にかかる、保険が適用された治療費の自己負担額の上限5万円まで。

○助成期間：治療を開始した月から継続する2年間

(1年度目：1か月目から12か月目 2年度目：13か月目から24か月目)

※医師の診断に基づき、やむを得ず一般不妊治療を中断した場合、その期間に該当する月数を助成期間に加算することができます。この場合も、垂井町一般不妊治療(人工授精)助成事業受診等証明書が必要になります。

※この事業による助成金の交付を受けた夫婦が妊娠・出産した後、もしくは妊娠したが流産・早産等で出産に至らなかった後、新たに妊娠をするために一般不妊治療を行う場合、助成期間はそこから再び2年間となります。

○申請期限：治療終了月から6か月以内に行ってください。

○申請に必要なもの：以下のものを準備し、保健センター窓口へ直接申請してください。

(1) 垂井町一般不妊治療(人工授精)助成事業申請書兼請求書

(2) 垂井町一般不妊治療(人工授精)助成事業受診等証明書

※上記(2)は、治療した病院で記入してもらうものになります。

※上記(1)(2)は、町ホームページからダウンロードできます。

※上記(1)(2)は1年度の申請につき1枚ずつ必要です。

例えば、2年度分まとめて申請される場合は、1年度目分の(1)(2)と2年度目分の(1)(2)を提出していただきます。

(3) 一般不妊治療(人工授精)にかかる医療機関の領収書および診療明細書
(原本をお持ちください。保健センターで確認の上コピーします。)

(4) 限度額適用認定証の写しまたは高額療養費や付加給付金の決定額が確認できる書類(該当する方のみ)

(5) 申請者名義の金融機関の振込口座番号などがわかるもの

○手続き先・問い合わせ先：垂井町保健センター 垂井町 990 番地 ☎ (0584) 22-1021

