

平川市不妊治療費助成事業のご案内

平川市では、生殖補助医療をうけている方の経済的負担を軽減するため、保険診療の自己負担分について助成を行います。

<助成対象者>

法律上の婚姻関係にある夫婦及び事実婚の関係にある夫婦（以下、夫婦という）で、次の

(1)～(5)すべてに該当する方

(1) 医療保険適用となっている生殖補助医療（男性に対する治療を含む）を行っていること

(2) 治療開始時点において女性の年齢が43歳未満であること

(3) 夫婦ともに申請時点において市税等の滞納がないこと

(4) 治療開始から申請日まで夫婦またはいずれか一方が平川市に継続して住所を有し、居住実態があること

(5) 同一の治療により他の自治体から同様の助成を受けていない。また、受け取る予定がないこと

<助成額>

自己負担額の全額

※本申請に要する平川市不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）に係る文書料を含む

<助成対象となる治療>

医療保険が適用となる生殖補助医療（体外受精、顕微授精）

※令和3年度まで実施していた一般不妊治療については対象となりませんのでご留意願います。

<助成回数制限>

治療開始時の女性の年齢に応じて以下の通り回数制限があります。

(1) 40歳未満の女性については1子につき6回

(2) 40歳以上43歳未満の女性については1子につき3回

<申請方法>

1. 申請期限

治療費を支払った日から1年を経過する日まで

例) 令和5年5月15日に治療費の支払い → 申請期限は令和6年5月15日

2. 申請書類

(1) 平川市不妊治療費助成金交付申請書（様式第1号）

(2) 領収書、診療明細書の原本（受診等証明書（様式第2号）に係るものを含む）

(3) 平川市不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）

(4) 平川市不妊治療費助成事業の申請に係る照会等に関する同意書（様式第3号）

(5) 健康保険証

(6) 限度額適用認定証（利用されなかった方は添付不要となります）

(7) 治療計画書

(8) 振込先通帳

(9) 滞納がない事を証明するもの（1月1日以前に当市に住所が無い場合）

(10) その他市長が必要と認める書類

3. 申請場所

〒036-0104 平川市柏木町藤山25番地6

平川市子育て健康課 子育て世代包括支援係窓口

【お問い合わせ先】 平川市子育て健康課 子育て世代包括支援係 電話（代表）0172-44-1111（1262）
（直通）0172-55-5370