

不育症治療費の助成について

竜王町では、医療機関で受けた不育症治療等にかかった費用の一部を助成します。

● 助成対象者

次の6つすべてを満たしている方

1 医師の診断



医療機関において不育症と診断されている

2 夫婦について



法律上の婚姻関係にある夫婦

3 町税等



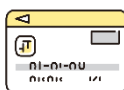
夫婦それぞれが町税等を滞納していない

4 在住について



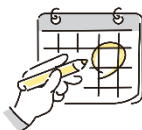
夫婦のどちらかが竜王町に在住している

5 医療保険



- 医療保険各法の規定に基づく被保険者、組合員または被扶養者
- 生活保護受給者
(医療保険適用外分の検査費用のみ)

6 治療終了日



1 治療期間が終了した日から 60 日が経過していない

● 助成金額

▶ 保険適用分

検査、治療費用の自己負担額の

2分の1

(千円未満切り捨て)

上限
5万円

▶ 保険適用外分

検査費用の自己負担額の

全額

(千円未満切り捨て)

上限
10万円

● 助成内容

助成対象となる費用は、**医療機関で行われた保険外診療の不育症治療やそれに伴う検査に要する費用のみ**です。

差額ベッド代や食事代等の**直接治療に関係のない費用は対象となりません**。

すでに他の自治体で不育症治療に対する助成金の交付を受けた分の費用は対象となりません。

保健治療と保険外治療を組み合わせで行う混合診療は対象外です。

1回の治療が2年度にわたる場合はその治療が終了してから申請してください。

申請方法は裏面へ

● 申請期限

治療終了日から **60 日以内**

治療を受けた**年度内**（4月1日～翌年3月31日）での申請に限ります。

3月中に治療が終了して年度内の申請が間に合わない場合は、事前に健康推進課までお問合せください。

治療終了後は速やかに申請の手続きをしてください。

● 申請書類

次の書類を竜王町健康推進課窓口（下記問合せ先）に申請してください。

① 竜王町不育症治療等費用助成金交付申請書（別記様式第1号）

② 竜王町不育症治療受診証明書（別記様式第2号）

③ 不育症治療を行った医療機関発行の領収書（原本）

※ 不育症治療にかかる費用と分かるもの

（他の地方公共団体から助成を受けている場合）

④ 助成金額が分かる書類

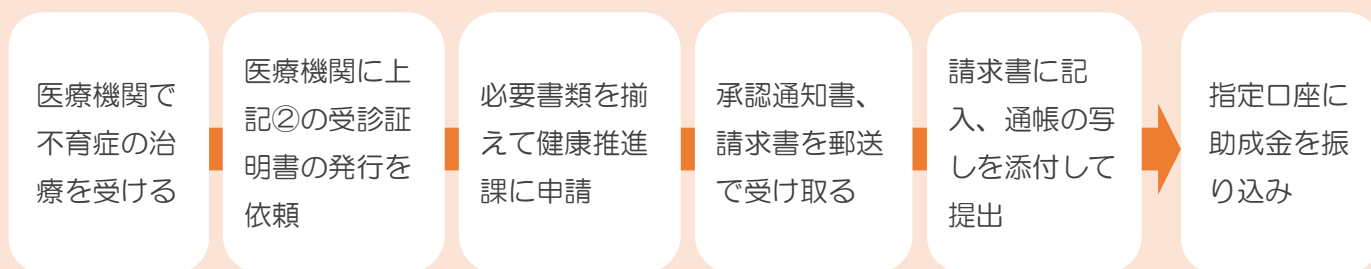
（夫婦が同一世帯でない場合）

⑤ 婚姻をしていることが分かる書類

※ 3か月以内に発行された戸籍抄本、戸籍附票など

要件が確認できないときは、上記以外の書類を求める場合があります。

● 助成の流れ



- 医療機関での証明書発行に時間がかかる場合があります。あらかじめ余裕をもってご依頼ください。
- 申請期限を過ぎての受付はできません。
- 振込先口座は申請者本人名義の口座に限ります。
- 請求書を受け付けてから振込まで1か月程度かかります。
- 要件に該当しないなど助成金を交付できない場合があります。

申請先
問合せ

〒520-2592 竜王町大字小口3番地
竜王町役場 健康推進課 健康づくり係
☎ 0748-58-1006