

天理市不妊治療費助成事業について

不妊治療のかかる経済的負担軽減を図るために費用の一部を補助するものです

1. 対象となる方

申請時点で下記の要件をすべて満たす夫婦が助成対象です。

- ①戸籍法による婚姻の届出をしている方
- ②医療機関において不妊症と診断され、その治療を受けた方
- ③夫婦の両方が治療日及び申請日において天理市に住所を有している方
- ④医療保険各法の規定に基づく被保険者もしくは組合員又はその被扶養者である方
- ⑤世帯員全員に市民税の滞納がない方
- ⑥助成対象となる治療日において妻の年齢が43歳未満の方

2. 対象治療

妻の年齢が43歳の誕生日の前日までに行われた、医療保険診療適応分並びに医療保険診療以外の本人負担額を含めた不妊治療

但し、次に掲げるものは除く

- ①夫婦以外の第3者からの精子、卵子又は胚の提供による不妊治療
- ②代理母（夫の精子を妻以外の第3者の子宮に医学的方法により注入し、当該第3者が妊娠及び出産し、依頼者夫婦の子とする方法をいう）
- ③仮り腹（夫の精子と妻の卵子を体外受精してできた受精卵を妻以外の第3者の子宮に注入し当該第3者が妊娠及び出産し、依頼者夫婦の子とする方法をいう）

3. 助成金

- ① 助成金の交付は、1年度に1回で、1組の夫婦に対して年額5万円まで
年度とは、4月1日～3月31日まで
- ② 助成期間は、申請初年度より通算5年間
- ③ 対象となる治療費は、当該年度分（4月1日から翌年の3月31日までの分）です

《注意》

*助成の対象となる治療期間に対して他市町村で同種の助成金を受けている場合の当該期間分は助成対象としないものとする

*本市の住民でない治療期間は助成の対象外とする

*証明書、診断書等の文書料、食事療養費標準負担額及び個室料等の治療に直接関係のない費用は助成しないものとする

4. 申請書類

- ①不妊治療費助成交付申請書兼請求書（第1号様式）
- ②不妊治療費助成事業受診等証明書（第2号様式）
- ③不妊治療に係る領収書（原本） 審査後返却いたします。
- ④法律上にいう夫婦であることを証明できる書類
- ⑤住所地を証明する書類

*但し、④⑤の書類は、第1号様式の同意欄署名で代用できます。

- ⑥ 夫婦の健康保険証のコピーと印鑑を持参

5. 申請の期限

当該年度中に助成上限額5万円を超えましたら、その時点で申請してください。

申請日は、該当年度の4月1日から3月31日までとし、提出期限は、翌年度4月10日（10日が閉庁日の場合は、その前の開庁日とする。）までとします。

*この期限を過ぎると申請が出来なくなります。

6. 支給方法

申請書類の審査の後、承認・不承認の決定通知を郵送にて送付します。助成が承認された場合、決定通知書送付から1~2か月後に第1号様式記載の口座に助成金を振込ます。

お問い合わせ：天理市健康推進課 直通63-9276