

天理市一般不妊治療費助成事業について

一般不妊治療にかかる経済的負担軽減を図るために費用の一部を助成するものです

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人
- ② 医療機関において不妊症と診断され、その治療を受けた人
- ③ 治療日において妻の年齢が43歳未満である夫婦
- ④ 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人
- ⑤ 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人
- ⑥ 世帯員全員に本市の賦課する市民税の滞納がない人

2. 対象治療

対象となる治療は、妻の年齢が43歳の誕生日の前日までに行われた、保険診療分の不妊治療です。※保険診療外の治療は除きます。

ただし、次に掲げるものは除きます。

- ① 夫婦以外の第三者からの精子の提供による不妊治療
- ② 代理母（夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的方法により注入し、当該第三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三者の子宮に注入し当該第三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

助成金の交付は、治療を受けた日の属する年度（4月1日から翌年3月31日まで）に1回です。助成金の額は、1組の夫婦に対して、当該年度において治療にかかった保険診療分の自己負担額の2分の1（千円未満切り捨て）の額、年額5万円までとなります。

《注意》

* 高額療養費、[※]一部負担金払戻金や家族療養費附加金等がある場合は、保険診療の自己負担額分より控除してください。

※一部負担金払戻金や家族療養費附加金等については、名称や制度内容も各保険者により異なるため申請前に加入の健康保険組合等へ必ずお問合せください。

*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、助成対象としません。

*本市の住民でない治療期間は助成の対象外とします。

4. 申請書類

① 天理市一般不妊治療費助成金交付申請書兼請求書（第1号様式）

② 天理市一般不妊治療費助成事業受診等証明書（第2号様式）

③ 法律上という夫婦であることを証明できる書類 } 第1号様式の同意欄署名
④ 住所地を証明する書類 } で代用できます。

添付文書として①本人確認書類の写し②振込先の口座を確認できる通帳等の写し③高額療養費、一部負担金払戻金や家族療養費附加金等が支給されている場合はその金額が分かる通知等（コピー可）を添付してください。

また、来所の際は印鑑をご持参ください。

5. 申請の期限

申請の期限は、治療をした日の属する年度の末日（3月31日）までです。ただし、3月受診分がある人のみ令和9年4月9日までです。なお、生殖補助医療等に移行したとき、妊娠したとき、治療を中断したとき若しくは自己負担額が10万円を超えたときは、その時点で申請してください。

* 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