

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、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です。ただし、次に掲げるものは除きます。

- ① 夫婦以外の第3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、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費用のうち自己負担額の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。
- ② 助成期間は、天理市一般不妊治療費助成事業又は天理市先進医療費助成事業により令和7年4月1日以降に初めて申請した日の属する年度から起算して通算5年間です。

《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。

*証明書、診断書等の文書料、容器代、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
⑤住所を証明する書類 } で代用できます。

※ 印鑑、医療保険の資格確認ができるもの及び振込先の口座を確認できるもの（通帳など）を持参してください。

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、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