

一般不妊治療・不育症治療にかかる費用の一部を補助します。対象となる不妊治療は、医師が認めた不妊検査、一般不妊治療および人工授精です。

対 象 者 下記の(1)～(5) **全て**に該当する方が対象となります。

- (1) 医師により不妊治療・不育症治療が必要であると認められている方
- (2) 県内の医療機関で、不妊治療・不育症治療を受けている方
- (3) 夫婦*の一方または双方が、申請日の1年以上前から横手市に住所を有している方
- (4) 医療保険の被保険者、またはその被扶養者である方
- (5) 夫婦双方に市税の滞納がない方

※事実上婚姻関係同様の事情にあり、住民票上「夫（未届）または妻（未届）」の記載がある場合も補助の対象者となります。

補 助 額 一組の夫婦に対し、申請する年度の属する年の３月から翌年の２月までに
各医療機関に支払った自己負担額（上限３０万円）を補助します。
（注意）申請が令和７年度であれば、令和７年３月～令和８年２月が
補助対象治療期間です。

申請期間 申請する年度の属する年の3月から翌年の2月診療分を一括して、当該年度の3月31日までに、申請と請求をしてください。
※申請・請求は年度1回で、年度ごとに必要となります。

申請書類

- ☐ 一般不妊治療・不育症治療費補助金交付申請書兼実績報告書
- ☐ 戸籍謄本もしくは戸籍全部事項証明書（おおむね3ヵ月以内のもの）
- ☐ 夫婦の一方または双方の住民票の原本（おおむね3ヵ月以内のもの）
- ☐ 夫婦双方の健康保険証、資格確認書、マイナポータルからダウンロードした医療保険の資格確認情報の写しのいずれか
- ☐ 一般不妊治療・不育症治療費補助金請求書
※申請者の金融機関口座情報を記載してください。
- ☐ 一般不妊治療・不育症治療費補助金請求書に係る受診等証明書
※医療機関に記載していただく書類です。
- ☐ 医療機関の発行した領収書の写し
- ☐ 院外処方箋に係る薬局の領収書および、おくすり手帳（診療明細書でも可）の写し

記入例

※記載する際、斜線部分 については空欄にしてください。

[illegible]

申請書の空欄項目

- 申請日
- 申請金額

令和 年度 一般不妊治療・不育症治療費補助金請求書

横手市長 様

(請求者)

住 所 横手市

氏 名

電話番号 ()

交付決定のあった一般不妊治療・不育症治療費補助金について、次のとおり請求します。

請求者	
氏名	〒
住所	市
電話番号	市

請求者の 情報	金融機関	
	金融機関名	支店名
預金種別	☐ 普通 ☐ 当座	支店名
口座番号		
(フリガナ)		
口座名義		

請求書の空欄項目

- 請求日
- 健第 号
- 請求金額

注意事項 ・請求書の書類の修正時は、修正部分に二本線を引き、訂正印を押してください。シャチハタは不可です。その際は請求者の氏名横にも押印してください。修正がないときは押印不要です。

一般不妊治療・不育症治療費補助金のごあんない

申請・問い合わせ先

横手市健康推進課	〒013-0044 横手市横山町 1-1 Tel0182-33-9600
増田市民サービス課	〒019-0792 横手市増田町増田字土肥館 173 Tel0182-45-5514
平鹿市民サービス課	〒013-0105 横手市平鹿町浅舞字覚町後 138 Tel0182-24-1114
雄物川市民サービス課	〒013-0205 横手市雄物川町今宿字鳴田 1 Tel0182-22-2157
大森市民サービス課	〒013-0514 横手市大森町字大中島 268 Tel0182-26-2115
十文字市民サービス課	〒019-0529 横手市十文字町字海道下 12-5 Tel0182-42-5114
山内市民サービス課	〒019-1108 横手市山内土渕字二瀬 8-4 Tel0182-53-2933
大雄市民サービス課	〒013-0461 横手市大雄字三村東 18 Tel0182-52-3905



横手市