

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6年度であれば、令和6年3月～令和7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
- 夫婦の一方または双方の住民票
- 夫婦双方の健康保険証の写し
- 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
- 院外処方薬に係る薬局の領収書の写し



### 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。

### 申請書の空欄項目

- 申請日
- 申請金額

### 請求書の空欄項目

- 請求日
- 健第号
- 請求金額

注意事項 • 申請書等の書類の修正時は、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。その際は申請者及び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 横手市山内土淵字二瀬 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