

不育症治療費の助成について

対象となる治療

不育症の検査・治療

※上記の検査・治療にかかる医療費・薬剤費の自己負担額が対象となります。

（健康保険適用の有無は問いません。）

※入院時食事療養費・差額ベッド代・文書料等は助成対象となりません。



助成対象者

下記の4項目全てに該当される方。

- ①法律上の婚姻をしている夫婦で、不育症と診断され、治療の必要が認められた方
- ②申請日時点において、夫婦のいずれか一方が、市内に1年以上住所を有していること
- ③夫婦の双方が医療保険の被保険者、組合員または被扶養者であること
- ④夫婦の双方が市税を滞納していないこと

※不育症治療を開始した日から、5年を超えた場合は助成対象外となります。

助成額

治療に要した自己負担額。

同一年度あたり、30万円を限度額とします。

※上限に達するまでは、年度内に何回でも申請できます。

※申請初年度に限り、前年度に支払った助成対象費用を含めることができます。

申請手続きについて

- ・治療を受けた日が属する年度の末日（3月31日）までに必要書類をそろえて申請してください。
- ・申請年度内の治療費の助成となりますので、年度ごとに申請が必要となります。
ただし、申請初年度に限り、前年度に支払った助成対象費用を含めることができます。
- ・申請に来られる際や申請が遅れる場合は、問い合わせ先まで事前にご連絡ください。

<必要書類>

- ①鹿角市不育症治療費助成金申請書
- ②医療機関証明書
- ③薬局の発行した領収書・調剤明細書の写し（ある場合）
- ④同意書
- ⑤法律上の夫婦であることを証明できる書類（戸籍謄本等）
- ⑥夫婦の住民票
- ⑦夫婦の納税証明書
- ⑧夫婦の保険証の写し
- ⑨請求書

※申請の際は、印鑑をお持ちください。

※⑥⑦は、同意書の提出がある場合は不要です。
ただし、鹿角市で内容が確認できない場合は、提出が必要となります。
例) 単身赴任で、鹿角市に住所がない場合等。

<申請・問い合わせ先> 鹿角市すこやか子育て課（福祉保健センター内） ☎ 0186-30-0265
〒018-5201 鹿角市花輪字下花輪 50 番地