

隠岐の島町

生殖補助医療費 助成制度について

不妊治療のうち体外受精や顕微授精等の生殖補助医療を受けているご夫婦に対し、費用の一部を助成することにより、経済的負担の軽減を図り、治療をしやすい環境をつくることを目的とします。

【対象者】

戸籍上の婚姻関係又は事実婚関係にあり、夫婦又はそのどちらかが隠岐の島町に住所を有する方

【対象治療】 保険適用の生殖補助医療にかかる医療費の自己負担部分に対する助成

【助成内容】 1年度あたり上限 15 万円(1年度は 4 月から翌年 3 月までとなります)

【申請に必要な物】

- ① 生殖補助医療費助成金申請書
- ② 医療機関医師証明書
- ③ 治療に要した費用の領収書(原本)と診療明細書(原本)
- ④ 助成対象となる者の保険証
- ⑤ 限度額認定証 ※医療保険各法の規定に基づく保険者に申請をして下さい。
- ⑥ 申請者名義の振込口座を確認できるもの(通帳またはキャッシュカードの写しなど)
- ⑦ 婚姻を確認できる書類(戸籍抄本など)
- ⑧ 申立書(事実婚関係にある夫婦のみ)申請書(兼請求書)

【申請方法】 申請書を必要書類とともに、年度末までに提出してください。

【申請窓口および問い合わせ先】

隠岐の島町役場保健福祉課 子育て世代包括支援係 (TEL 2-8577)