

富岡市不育症治療費助成事業のご案内

不育症治療の適応となったご夫婦に、治療費の自己負担の一部を助成します。

【申請前に必ず保健センターへお問合せください】

1 対象者（以下の条件をすべて満たす人）※年齢制限はありません。

- ・婚姻の届け出をしているご夫婦で、専門医による不育症治療を受けている人
- ・夫または妻のどちらか一方が、申請日の1年以上前から富岡市に住民登録をしている人
- ・各医療保険における被保険者または被扶養者であること
- ・市税等の滞納がない人

2 助成額

治療費の自己負担額の2分の1以内とし、年額20万円を限度とします。

3 申請期限

- ・申請の期限は、治療日の属する3月末までとします。
- ・申請の回数は、年度につき1回とし、通算5年を限度とします。

4 提出書類（準備したら☑しましょう）

- ①不育症治療費助成金交付申請書兼請求書（様式第1号）

金額の欄は記入しないでお持ちください。

- ②不育症治療費助成事業医療機関受診証明書（様式第2号）

医療機関での文書作成に日数を要することがありますので、余裕を持って医療機関に依頼してください。

- ③不育症治療費の領収書 受診証明書の合計金額と一致するすべての領収書をご用意ください。

受領印を押した上でコピーを取らせていただき、原本はお返しします。

- ④保険証の写し（夫および妻）

- ⑤住民票（夫婦の氏名の記載のあるもの）3ヶ月以内のもの

*夫婦の住所が異なる場合はそれぞれの住民票

- ⑥申請者（夫および妻）の市（区町村）税完納証明書または非課税証明書 3ヶ月以内のもの

- ⑦夫または妻のいずれか一方が市外に住所を有する場合は戸籍全部事項証明書 3ヶ月以内のもの

5 審査決定 「交付」「不交付」を決定し、結果を通知します。

申請・問合せ先

富岡市保健センター

富岡市富岡 1347-1

電話 64-1901 FAX 64-1969