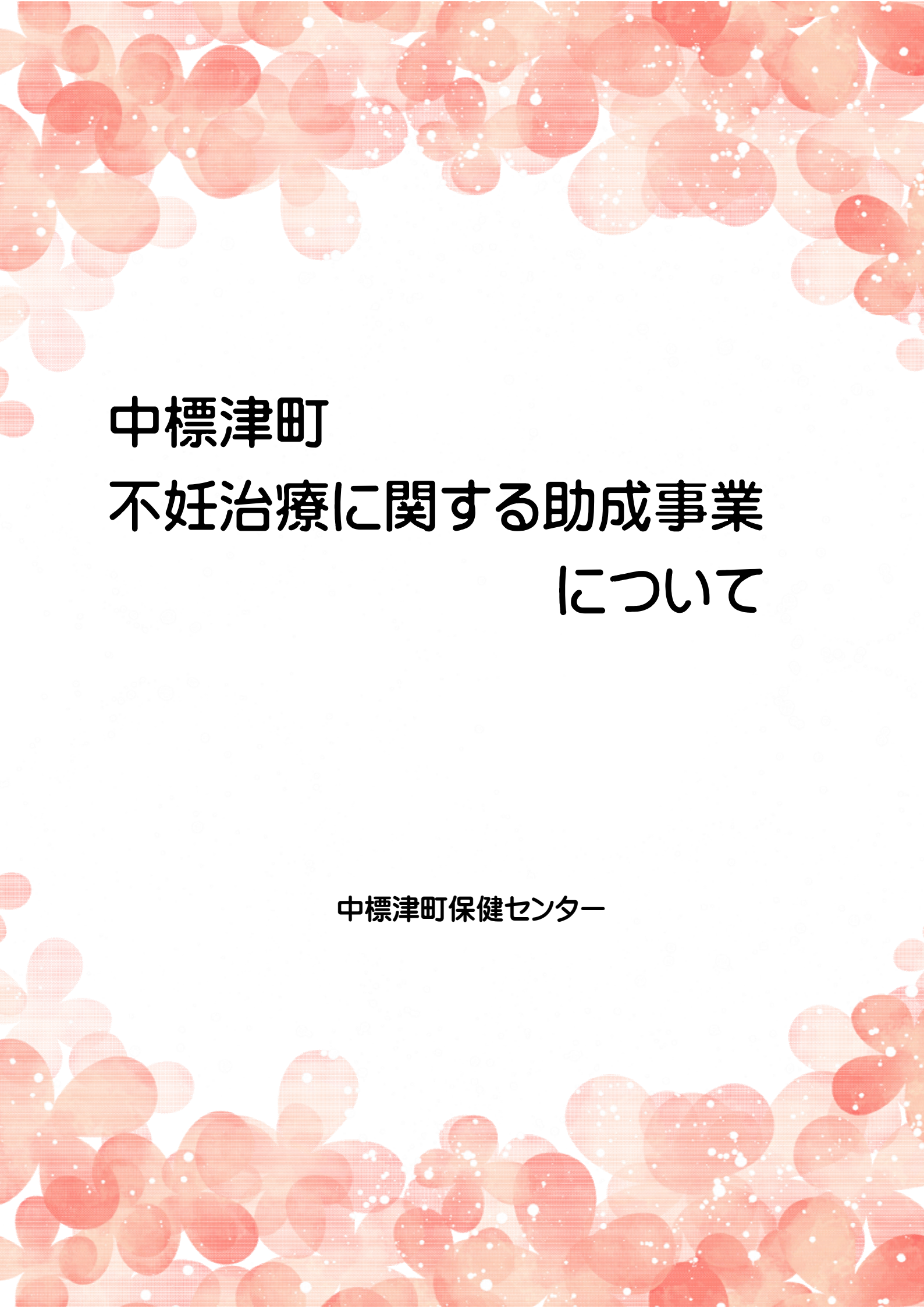




中標津町 不妊治療に関する助成事業 について

中標津町保健センター

不妊治療助成事業

保険適用となった不妊治療で通院した交通費と治療費の一部を助成します

● 対象者

- (1) 夫婦の一方または双方が中標津町に住民登録をしている方
- (2) 治療期間の初日における妻の年齢が 43 歳未満の方
- (3) 保険適用となった不妊治療(体外受精及び顕微受精)を受けた方
- (4) 他の市町村で同じ治療に対して助成を受けていない方
- (5) 町税等を完納している方

● 対象となる治療

- (1) 保険適用となった体外受精または顕微授精による不妊治療
- (2) 不妊治療のうち精子を精巣または精巣上体から採取するための手術(男性不妊治療)

※ 医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中断した場合についても助成の対象とします。
ただし、卵胞が発育しない等により採卵以前に中止した場合を除きます。

● 助成内容

交通費と宿泊費を合算し、受診年毎に 5 万円を上限

交通費	●鉄道、バス、飛行機を利用した場合には、運賃の実費を助成。 ●自家用車を利用した場合には、自宅から治療を受けた医療機関の所在地までの一般道路を利用した最短距離 1 kmにつき 15 円を乗じて算出した往復額を助成。
宿泊費	●1泊あたり 5 千円を上限に、1 回の通院につき 2 泊まで助成。

● 助成回数

年度内助成回数は限度なし(年度内上限額に達するまで) ※受診日の年度が変わったら、上限額はリセットされます

● 申請に必要なもの

	必要なもの	備考
1	中標津町不妊治療助成金 交付申請書	中標津町保健センターで配布 または町ホームページよりダウンロードできます
2	中標津町不妊治療助成事業 医療機関受診等証明書	・中標津町保健センターで配布 または町ホームページよりダウンロードできます ・治療終了後に医療機関で記載してもらいます
3	領収書 ・ 明細書(写し)	・受診等証明書に記載のある治療期間内に発行された 3 割負担のコピー が必要です
4	交通費、宿泊費にかかる 領収書	・交通費について、公共交通機関を利用した場合は領収書が必要です。自 家用車の場合は必要ありません。 ・宿泊をした場合は、領収書が必要です。
5	銀行口座番号のわかる もの	・申請書に記入する際に使用します。 ・申請者名義の預金口座に振り込みます
6	印鑑(シャチハタ不可)	申請書に押印が必要です。

不妊治療費(先進医療)等助成事業

保険適用の不妊治療と併用して先進医療を受けた方に治療費と交通費の一部を助成します

● 対象者

令和5年4月1日以降に治療を受けられた方が対象です。

- (1) 夫婦の一方または双方が中標津町に住民登録をしている方
- (2) 婚姻をしている夫婦(事実婚関係にある者も含む)
- (3) 治療期間の初日における妻の年齢が 43 歳未満の方
- (4) 他の市町村で同じ治療に対して助成を受けていない方
- (5) 町税等を完納している方

● 対象となる治療

先進医療実施機関として厚生労働大臣へ届出または承認されている医療機関で行われている次の治療が対象です。

- | | | | |
|---------|------------|-------------------|----------|
| ①PICS | ②タイムラプス | ③EMMA/ALICE | ④SEET法 |
| ⑤ERA | ⑥子宮内膜スクラッチ | ⑦IMSI | ⑧子宮内フローラ |
| ⑨ERPeak | ⑩二段階胚移植法 | ⑪マイクロ流体技術を用いた精子選別 | |
| ⑫タクロリムス | ⑬PGT-A | | |

● 助成内容

治療費	1回の治療で先進医療に要した費用のうち自己負担分の10分の7(上限 35,000 円)を助成。
交通費	●自宅から医療機関までの距離に対して設定された額の3分の2を助成。 ●1回の治療に対して5回まで助成。 ●自宅から病院まで片道 25 km以上を超える場合。

● 申請に必要なもの

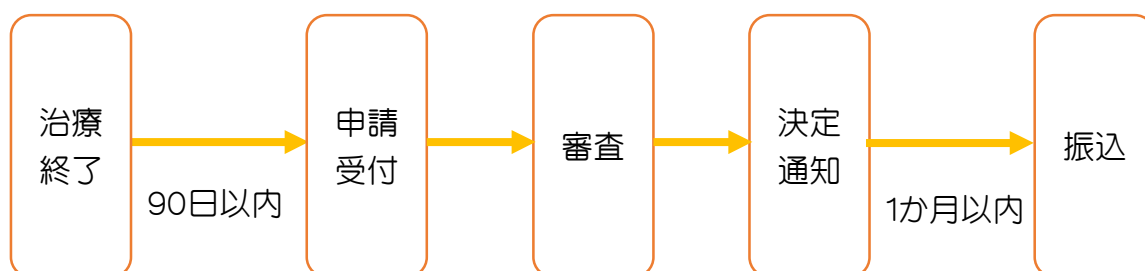
	必要なもの	備考
1	中標津町不妊治療助成金 交付申請書	中標津町保健センターで配布 または町ホームページよりダウンロードできます
2	不妊治療費等助成事業 受診等証明書	・中標津町保健センターで配布 または町ホームページよりダウンロードできます ・治療終了後に医療機関で記載してもらいます
3	領収書・明細書(コピー)	・受診等証明書に記載のある治療期間内に発行された 3 割負担のコピー が必要です
4	交通費にかかる領収書	・交通費について、公共交通機関を利用した場合は領収書が必要です。 自家用車の場合は必要ありません。
5	銀行口座番号のわかるもの	・申請書に記入する際に使用します。 ・申請者名義の預金口座に振込みます
6	印鑑(シャチハタ不可)	申請書に押印が必要です。

裏面もご覧ください

申請期限(共通)

治療が終了してから**90日以内**に、年度内(3月31日まで)の申請をお願いします。

- ※ 期限内に申請が出来ない場合はお問合せください。
- ※ 3月末に治療が終了し、年度末までに申請が間に合わない場合は、5月末日までに申請してください。



《申請・問い合わせ先》

中標津町保健センター 健康推進課 母子健康係

〒086-1047

中標津町東7条北3丁目3

Tel:0153-72-2733 FAX:0153-72-7964

開館時間:月～金曜日 8:30～17:15

