

令和5年度 石岡市不育症治療費補助事業のご案内

※治療開始前の申請となります。

【対象者】 次の全ての要件に該当している夫婦が対象です。

- ☑ 申請日から実績報告日までの間、夫婦（法律上の婚姻）いずれかが継続して市内に住所を有している
- ☑ 2回以上の流産等により不育症治療が必要と医師に診断されている
- ☑ 市税等の滞納がない
- ☑ 茨城県の不育症検査費助成事業に該当する検査等を受けた場合、実績報告日までに県の助成事業の交付決定を受けている
- ☑ 他の市町村で類似の助成金等の交付を受けていない
- ☑ 補助の対象となる期間内に対象の治療を受けている



【助成額】

1回の治療につき5万円

※かかった費用の額が5万円に満たない場合は、その額となります。

※県事業の補助を受けている場合は県補助額を差し引いた額となります。

※夫婦1組につき1回に限ります。

【対象となる治療】

医師が必要と認めた、保険適用外の不育症検査、不育症治療及び当該治療に係る薬剤

※食事療養標準負担額、個室利用料及び文書料に係る費用は対象外となります。

【助成対象期間】 ※予算の状況に応じて、申請期限日以前に締め切る場合があります。ご了承ください。

令和5年4月1日以降の、交付決定日から1年間です。

【申請方法】 下記の必要書類を揃え、保健センターの窓口で申請してください。

1. 不育症治療費補助金交付申請書
2. 夫婦の住所が異なる場合、戸籍謄本

【実績報告】 治療が終了した日、または交付決定日から1年になる日いずれか早い日が来たら、

実績報告をお願いします。必要書類を揃えて、保健センターの窓口で申請してください。

1. 不育症治療費補助金実績報告書
2. 石岡市不育症治療受診等証明書（原本をご用意ください）
3. 医療機関発行の領収書および明細書（原本をご用意ください。複写後に返却いたします。）
4. 請求書
5. その他必要な書類 ※夫婦で住所地が異なる場合は、戸籍謄本が必要です。
6. 茨城県不育症検査費助成事業の申請をした場合、茨城県不育症検査費助成金交付決定通知書及び額の確定通知書

問い合わせ先

石岡保健センター

石岡市杉並2-1-1（平日8:30~17:15）

電話 0299-24-1386