

令和8年度 石岡市不育症治療費補助事業のご案内

※申請に際してご不明点がある方は、こども家庭センターに相談ください。

【対象者】 次の全ての要件に該当している夫婦が対象です。

- ☑ 治療開始日から申請日までの間、夫婦（法律上の婚姻をしている者であること。ただし、生まれてくる子の福祉に配慮しながら、事実上婚姻関係にある者も対象とする。）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
- ☑ 市税の滞納がない（申請者及び当該世帯に属する者）
- ☑ 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、申請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

【補助額】

1回の治療につき上限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）

※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、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。

【補助対象期間】 ※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。

治療終了日が令和8年4月1日から令和9年3月31日の治療が対象。

★治療終了日とは、「不育治療受診等証明」にて医師が記載した治療期間（検査を含む）の末日とする。裏面例をご確認下さい。

【申請方法と期限】 裏面の必要書類を準備し、こども家庭センターの窓口で申請してください。

治療終了日に属する年度の末日。又は、治療終了日（治療終了日を含む）から90日以内に申請してください。

※申請期限がありませんので、ご注意ください。

【必要書類】

1. 石岡市不育症治療受診等証明書（様式第3号）（原本をご用意ください）
2. 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。）
3. 申請者の口座の分かるもの

※1～3に加え、提出書類が必要な方

4. 戸籍謄本（夫婦の住所が異なる場合のみ）
5. 事実上婚姻関係にあるものは、「事実婚に関する申立書（様式第2号）」及び、夫婦各々の「戸籍謄本」
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の写し

※石岡市住民基本台帳及び市税の滞納状況についての公簿を照会することに同意される方は、「住民票の写し」と「完納証明」の提出は不要です。

必要書類 1 と 5 については、石岡市ホームページよりダウンロード、又は、こども家庭センターにてお渡しします

【治療終了日について】

子（第6条関係）

年 月 日

市長 宛

医療機関の名称及び所在地
電話番号
主治医氏名
石岡市不育症治療受診等証明書

こおり、石岡市不育症治療費補助金の対象となる不育症治療（検査を含む）を行って証明します。

	夫	妻	
氏名			
受診者生年月日	年 月 日（歳）	年 月 日（歳）	
検査期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
検査内容	<input type="checkbox"/> 子宮形態検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体検査		
治療	出産予定日（年 月 日） <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
院外処方の有無	年 月 日	年 月 日	年 月 日
院外処方を行った日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
領収金額	※令和8年3月31日以前に支払った費用が対象です。 ※入院時食事療養費、差額ベッド代及び文書料は、補助対象外のため除いてください。		
※今回の治療で支払った合計金額	保険診療分	保険適用外	計
	円	円	円

治療終了日は、こちらに記載されています。

問い合わせ先

こども家庭センター（石岡保健センター内）

石岡市杉並二丁目1番1号

（平日 8:30～17:15）

電話 0299-24-1390