



不妊治療費補助事業のご案内

石岡市では、生殖補助医療（当該治療に追加する先進医療、精子を採取するために行われた男性不妊治療を含む）を受けた方に治療費の一部を補助しております。

提出書類のダウンロードや事業詳細は市ホームページでご確認ください。



補助内容について

【対象者】次の要件全てに該当する方

- ✓ 治療開始日から申請するまでの間、夫婦のいずれかが継続して市内に住所を有していること（事実婚も含む）
- ✓ 申請者及び当該世帯に属する者に市税の滞納がないこと
- ✓ 不妊治療以外の治療法による妊娠の見込みがない、または極めて少ないと医師に診断されていること
- ✓ 補助の対象となる治療を受け、受付期間内に申請すること

【対象となる治療内容】次のいずれかに該当するものが対象です

1. 新鮮胚移植を実施
2. 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施
3. 以前に凍結した胚による胚移植を実施
4. 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
5. 授精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常授精等による中止
6. 採卵したが卵が得られない又は状態のよい卵が得られないため中止（採卵に至らないケースは助成対象外）
7. 男性不妊治療（生殖補助の過程で精子を採取する手術に限る）

※生殖補助医療に追加が認められた先進医療であるもの（混合診療ではない）

※患者が希望し医療機関の説明内容を十分に納得した上で、同意書に署名し受けた先進医療であるもの

<対象外>

- ・夫婦以外の第三者からの精子、卵子、又は胚の提供によるもの
- ・食事療養標準負担額、個室使用料及び文書料に係る費用
- ・夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠又は出産するもの

【補助額】

1回の治療につき上限 **5万円**（かかった額が5万に満たない場合はその額）

※1回の治療とは「不妊治療受診等証明書」において医師が記入した治療開始日から治療終了日の間に治療をしたものです。

（裏面図1参考）

※既に他の自治体で当該自己負担額の補助を受けた方で、当市においても重複して申請された場合は、当該自己負担額から他の自治体の補助額を控除した額が対象となります。

【補助回数】

初めて当市の補助金交付を受けた際の 妻の年齢（※治療開始日時点）	補助回数
40歳未満	通算6回まで
40歳以上	通算3回まで

医療機関における保険適用回数とは異なります。
補助回数は1子ごとにカウントされ、出産によりリセットされます。（12週以降の死産も含む）
年齢上限はありません。

※治療開始日とは「不妊治療受診等証明書」において医師が記載した治療期間の開始日のことです。（裏面図1参考）

【申請の流れ】

①治療を受ける



②医療機関で

「不妊治療受診等証明書」を
書いてもらう



③こども家庭センターへ申請



【必要書類】

書類は市HPからダウンロードが可能です。（こども家庭センターでもお受け取りいただけます。）

「不妊治療費補助金交付申請書兼実績報告書（様式1号）」に以下の書類を添えて提出してください。（申請時窓口で記入）

1. 不妊治療受診等証明書（様式第3号）（原本）
2. 医療機関発行の領収書及び明細書（原本）
3. 申請者の口座が分かるもの（通帳等）
4. 夫婦の住所が異なる方は、「戸籍謄本」
5. 住民票の写し ※省略可
6. 完納証明（市税） ※省略可
7. 事実上婚姻関係にある方は「事実婚姻関係に関する申立書（様式第2号）」及び、夫婦各々の「戸籍謄本」

「不妊治療費補助金交付申請書兼実績報告書（様式1号）」の同意書に署名することで**5と6**の提出を省略できます

～お願い～ 申請に来られる前に別紙「申請前チェックリスト」をご自身で確認してからお越しください

【受付期間】

治療終了日の属する年度の末日まで。又は、治療終了日から**90日**以内に申請してください。

※治療終了日とは、「不妊治療受診等証明書」にて医師が記載した治療期間の末日のことです。（図1参考）

※治療終了ごとに1回の申請が必要です。

【留意事項】

- ・予算の状況に応じて、申請期限日以前に締め切ることがあります。ご了承ください。

その他

【限度額適用認定証についてのご案内】

医療機関等の窓口でのお支払いが高額となる場合「限度額適用認定証」を事前に申請することにより、保険適用分の医療費の自己負担を限度額まで抑えることができます。詳しくはご加入されている健康保険ご担当者にご確認下さい。

【図1 治療開始日と治療終了日について】

【よくある質問】

Q 補助対象治療が途中で中止になった場合は対象になりますか？

A 対象となる場合があります。【対象となる治療内容】をご確認ください。
ただし、卵胞が発育しない等の理由により卵子採取以前に中止した場合は対象外です。

Q 夫婦それぞれで申請するのですか？

A いいえ、原則申請はご夫婦どちらかの名前で申請してください。ただし、ご夫婦のどちらかが市外に住所を有している場合には、当市に住民票のある方の名前で申請してください。

Q 保険適用回数を超えて自費で治療した場合も対象になりますか？

A 対象となる場合があります。【要件】【対象となる治療内容】【補助回数】に該当するか確認の上、詳しくはこども家庭センターまでご連絡ください。

Q まとめて申請できますか？

A 申請受付期間内であればまとめて申請が可能です。ただし、治療1回ごとに【必要書類】が必要です。

様式第3号（第6条関係）

不妊治療受診等証明書

次の者については、不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがない又は極めて少ないと思われるため、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

医療機関記入欄（※主治医が記入してください。）

受診者氏名	夫	妻
受診者生年月日	年 月 日（歳）	年 月 日（歳）
今回の治療方法（保険適用）	A B C D E F（注）を参照し、○を付けてください。	
生殖補助医療（保険適用外）	A B C D E F（注）を参照し、○を付けてください。	
（該当する項目に○を付けて下さい）	実施内容を裏面に記載してください。	
男性不妊治療（保険適用外）	生殖補助医療の過程で精子を採取する手術 有 ・ 無	
妊娠の有無	有 ・ 無 国外結核の有無 有 ・ 無	
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日（妊娠確認又は治療を中止した日）	
今回の治療期間1	【今回の生殖補助医療（対象となる不妊治療を含む。）になかった金額】 医療費（保険適用分） 円 医療費（保険適用外） 円（注） 合計 円	
領収金額	円	

治療開始日と治療終了日は、こちらをご確認ください。

（注）助成対象となる治療は、次のいずれかに該当するものです。
A 顕微鏡授精を実施 B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施 C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
D 顕微鏡授精により移植のみの治療を実施 E 授精せず、又は胚の分割停止、凍結、凍結・受精卵などの高度授精等による中止
F 顕微鏡授精による授精が行われない又は授精のうえ、凍結胚のみの移植による中止（採卵に当たらないケースは助成対象外）
男性不妊治療 生殖補助医療の過程で精子を採取する手術

問合せ

こども家庭センター（石岡保健センター内） 電話 0299-24-1390

〒315-0027 石岡市杉並二丁目1番1号 受付時間 平日8:30～17:15（祝日・年末年始を除く）

初めて治療される方や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。