

**愛別町不妊治療費助成事業のご案内**

愛別町では、人工授精などの一般不妊治療と特定不妊治療（体外受精、顕微授精）の

治療費用の一部を助成しています。

☆対象者

　次の①～⑤まですべてに該当する方が対象です。

　①法律上の夫婦（事実婚は対象外）

　②夫婦どちらも愛別町に居住している方

　③産科、婦人科、産婦人科、泌尿器科で不妊症と診断され、治療を受けた方

　④医療保険に加入している方（国民健康保険、協会けんぽなど）

　⑤夫婦どちらも町税、使用料などの滞納がない方

☆対象となる治療

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ●一般不妊治療（タイミング法、排卵誘発法、薬物療法、人工授精など）※１年度とは、４月１日～翌年の３月３１日までの期間です。 | ＜R3年度の治療歴＞【助成額】１年度あたり５万円を上限 | ＜R4年度の治療歴＞【助成額】１年度あたり2万5千円を上限 |
| ●特定不妊治療（体外受精、顕微授精） | ＜R3年度の治療歴がある＞【助成額】１回の治療につき１５万円を上限 | ＜R4年度の治療歴＞【助成額】１回の治療につき１０万円を上限 |
| ※通算１０回、5年間を上限に助成します。 |

※夫婦以外の第三者から提供された精子・卵子・胚による不妊治療や代理母、借り腹によるものは助成対象外です。

※令和３年度の治療歴がある方で、「北海道特定不妊治療費助成事業」の助成対象者は、助成額を差し引いた額のうち15万円を上限とします。

☆助成の手続き

　治療終了後、次の①～⑤を持参し、役場保健福祉課保健推進係へ申請してください。

　①不妊治療費助成事業申請書

　②一般不妊治療費助成事業受診等証明書　又は　特定不妊治療費助成事業受診等証明書

　③夫婦であることを証明できる書類（住民基本台帳で確認できる場合は不要）

　④治療にかかる領収書（原本を持参ください。）

　⑤夫婦の健康保険証写し

問い合わせ先　　保健福祉課保健推進係　６－５１１１（内線135）