白糠町
不妊治療費等助成制度

白糠町では、一般不妊治療（人工授精）と生殖補助医療（体外受精、顕微授精）に要した自己負担分を全額助成いたします。また、治療のための移動に要した交通費の一部、生殖補助医療の治療を受けるために必要な宿泊費を一部助成します。

こども家庭センター　イコロ

白糠町役場健康こども課こども未来係

（2−2171　内線552）

◆生殖補助医療助成内容◆

生殖補助医療（体外受精・顕微授精・男性不妊治療）に要する自己負担分を助成します。年齢や回数、通算助成期間についての制限はありません。

保険適用

４０歳未満の場合は１子につき６回の治療まで
４０歳～４３歳未満の場合は１子につき３回の治療まで

自己負担分を全額助成します

保険適用外

上記対象以外の方は保険適用外となりますので、治療に要した費用について、**自己負担分を全額助成します。**また、年齢や回数にて保険適用される方であっても、先進医療など医師が必要と認める保険適用外の治療についても全額助成します。

◆一般不妊治療助成内容◆

一般不妊治療のうち、人工授精に要する自己負担の費用を全額助成します。年齢や回数、通算助成期間についての制限はありません。

～お願い～
医療費がひと月の自己負担限度額の上限を超えることが想定される場合、事前に保険者から、限度額認定証を発行してもらい、病院を受診してください。もし持参できず、自己負担限度額の上限以上の医療費を支払った場合、先に保険者からの高額療養費の還付を受けてから、白糠町の助成金の申請をお願いします。また、保険者より付加給付金の支給がある場合についても、給付金の支給額決定後、助成金の申請をお願いします。申請の際、還付額、支給額がわかるものを提出していただきます。

◆交通費助成◆

医療機関に通院した方について、治療のための移動に要した回数のうち、１／２を助成します（JR 運賃を基準とします）。

例）

白糠・札幌間の JR 運賃×６回×1/2 の額　→　交通費助成額

※北海道外の医療機関に通院する場合、飛行機を利用して移動した場合でも、JR 運賃を基準とします。

◆宿泊費助成（生殖補助医療を受ける方のみ）◆

生殖補助医療の治療を受けるために宿泊を要する方について、１治療日につき１泊として、1/2 を助成します（町の旅費規程を基準とするため、道内の場合上限 15,000 円、道外の場合上限 20,000 円の１/２を助成します）。

例）札幌市で治療をするため、宿泊が必要となる場合

4/1	4/2	4/3	4/4
札幌市で治療し、宿泊（宿泊費1万円）	宿泊（宿泊費１万円）	宿泊（宿泊費1万円）	治療し、帰宅
助成対象	自費	助成対象	

→このケースの場合は、1万円×2泊×1/2＝<u>1 万円を助成します</u>

★道内で宿泊費 1 泊 15,000 円を超える場合

→金額にかかわらず上限 15,000 円の 1/2 の 7,500 円を助成

～手続きの流れ～

①指定医療機関での不妊治療

医療機関に証明書の記載を依頼します。
生殖補助医療の方は、白糠町不妊治療費等助成事業（生殖補助医療）受診等証明書（様式第２号）、一般不妊治療の方は、白糠町不妊治療費等助成事業（一般不妊治療）受診等証明書（様式第３号）が必要です。

②白糠町へ申請

③白糠町からの助成決定

必要書類・領収書のコピー等を添付して白糠町へ申請してください

※生殖補助医療は１回の治療が終了する毎に申請をお願いします。

※一般不妊治療は１年度に１回まとめて申請をお願いします。４月診療から翌年３月診療までの人工授精に要した自己負担分について、治療終了の日の属する年度内に申請をお願いします。

◆対象となる方（生殖補助医療・一般共通）◆

下記の要件にすべて該当する方が対象となります。

（１）夫婦が法律上の婚姻をしていること（事実婚も対象とする）
（２）夫婦のいずれも白糠町に住民票があること
（３）夫婦のいずれも町税および国民健康保険税の滞納がないこと
（４）夫婦のいずれも医療保険各法による被保険者、組合員または被扶養者であること
（５）他の市区町村において、生殖補助医療または一般不妊治療等に要した経費の助成を受けていないこと、または受ける見込みのないこと

原則５年以上白糠町に居住していただくことを助成の条件としております。

◆生殖補助医療・一般不妊治療の申請方法◆

下記の申請に必要なものを持参のうえ、白糠町役場（健康こども課健康支援係③窓口）へ申請してください。各申請書、証明書は白糠町ホームページよりそれぞれダウンロードが可能です。また、役場３番窓口でもお渡ししています。

申請に必要なもの

1　白糠町不妊治療費等助成事業申請書（様式第１号）…生殖補助医療、一般共通
2　白糠町不妊治療費等助成事業（生殖補助医療）受診等証明書（様式第２号）
　または白糠町不妊治療費等助成事業（一般不妊治療）受診等証明書（様式第３号）
3　法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類（住民基本台帳で確認ができる場合は不要）、事実婚の場合はそれぞれの戸籍謄本と住民票（謄本）、パートナーと同一世帯でない方は申立書（様式第４号）
4　不妊治療に要した費用の領収書
5　宿泊に要した費用の領収書
6　交通費・宿泊費申請にかかる請求書（様式第５号）
7　高額療養費の還付額、付加給付金の支給額がわかるもの　※該当する方のみ
8　印鑑（様式第１号の申請者欄に押印したものと同じ印鑑）
9　振込口座通帳の写し

※必要書類の詳細については、別紙「不妊治療費等助成事業申請にあたっての注意事項」に記載してありますので、ご確認ください。

★郵送による申請もできます★

上記の「申請に必要なもの」１～7（4、５はコピー）を同封の上、簡易書留で郵送してください。

※記入内容の確認をしますので、郵送前に専用ダイヤルにご連絡ください。

ご希望により助産師等が訪問し、申請書類のお届や申請受付、治療に関する相談をすることもできます。

下記、係直通の専用ダイヤルやメールアドレスから、お気軽にご連絡ください。

お急ぎの場合は電話での連絡をお願いします。

☎ 2-2239

✉ ikoro.mirai@town.shiranuka.lg.jp

対応時間８：30－17：00　土日祝日除く