

助 成

不妊治療費の助成について

不妊治療費及び交通費、宿泊費の助成を行っています。

申請書はホームページからダウンロード、または保健福祉課窓口でお渡ししていますので、お気軽にお問い合わせください。

区分	一般不妊治療	特定不妊治療 先進医療	男性不妊治療	不育症治療
対象治療	・ タイミング療法 ・ 排卵誘発療法 ・ 人工授精 ※女性の治療に限る	・ 体外受精 ・ 顕微授精 ・ 先進医療	・ 精巣内精子生検採取法 ・ 精巣上体内精子吸引採取法 ・ その他精子を採取するための手術	不育症の原因を特定するための検査・治療
対象者	①婚姻をしている（事実婚を含む） ②夫婦または一方が幌延町に住民登録し、居住している ③町税等の滞納がない ※第三者の精子もしくは卵子の提供、第三者が妻の代わりに妊娠・出産する等の場合は助成の対象にはなりません。			
治療費	対象経費全額（上限額なし） ※医療保険適用の有無に関係なく負担した医療費の全額を助成します。	上限額 1回につき20万円 ※先進医療は対象経費の7/10が助成対象。上限額3万5千円。	上限額 1回につき10万円	上限額 1回につき20万円
交通費	公共交通機関を利用した場合は運賃、自家用車の場合は1kmあたり15円で計算した額1/2 上限額 1回あたり7千円			
宿泊費	宿泊費を要する治療1回につき要した額の1/2。上限額 1回あたり4千円 ※ただし受診医療機関が幌延町から片道150kmを超える場合に限る。			
期間・回数	期間・回数の制限なし	治療開始の年齢が ・ 40歳未満 通算6回まで ・ 40～43歳未満 通算3回まで	回数の制限なし	期間・回数の制限なし
必要書類	1 不妊治療費等助成事業申請書 2 一般不妊治療医療機関等証明書 3 住民票謄本（記載事項の省略していないもの） 4 領収書	1 不妊治療費等助成事業申請書 2 一般不妊治療医療機関等証明書 3 住民票謄本（記載事項の省略していないもの） 4 領収書 ※先進医療の場合は 1 先進不妊治療費等助成申請書 2 先進不妊治療受診等証明書	1 不妊治療費等助成事業申請書 2 男性不妊治療医療機関証明書 3 住民票謄本（記載事項の省略していないもの） 4 領収書	1 不妊治療費等助成事業申請書 2 不育治療医療機関等証明書 3 住民票謄本（記載事項の省略していないもの） 4 領収書 5 北海道助成事業の助成決定書の写し

お問い合わせ先：保健福祉課 保健推進係 電話：5-1790 告知端末機：5-1790