

寄居町不妊治療費（特定・男性）補助金交付事業のご案内

令和3年6月

寄居町では、不妊治療を受けた方を対象に、特定不妊治療または男性不妊治療についてそれぞれ10万円を限度に、1年度あたり1回、通算5年度まで治療費を補助します。

該当要件、手続等をよくご理解のうえ申請してください。

申請には、次の書類を添付してください

- ①埼玉県不妊治療費助成事業不妊治療実施証明書の写し

埼玉県不妊治療費助成事業の申請で
保健所に提出する前に、この証明書をコピー
しておいてください。



- ②埼玉県不妊治療費助成事業助成金支給決定通知書(保健所から交付されます)の写し
- ③不妊治療に係る領収書
(原本が提出できない場合は写し)
- ④補助金振込先となる口座の通帳

様式第2号	
埼玉県不妊治療費助成事業 不妊治療実施証明書	
(あて先)	埼玉県知事
下記のとおり、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。	
平成 年 月 日	
(治療実施医療機関)	所在地 医療機関名 主治医氏名
医療機関記入欄(主治医が記入してください)	受給者番号 印 区分
1 治療を受けた者	
夫 氏名	(年 月 日生)
妻 氏名	(年 月 日生)
2 今回実施した治療法(該当項目に☑)	
(1) 治療区分(区分は別表を参照)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F
(2) 方法(治療区分がAまたはBの場合)	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精
(3) 妊娠の有無(口有・口無)	
その他特記事項	
3 今回の治療期間(1周期の治療)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
4 今回の治療費用の領収年月日(期間)及び領収金額(保険外診療に限る)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 金 円 <small>(本表資料や専断、文書料等別 記載金額に変わらぬよう記入)</small>
5 日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票登録の有無	<input type="checkbox"/> 有(症例登録番号) <input type="checkbox"/> 無

【問い合わせ】

寄居町役場 健康づくり課

〒369-1292 寄居町大字寄居 1180-1 ☎048-581-2121

1 対象者

埼玉県不妊治療費助成事業による助成金の支給決定を受けた方で、次のすべての項目に該当する方が対象です。

- (1) 夫婦の双方又は一方が、不妊治療の開始日から補助金の申請時まで、引き続き寄居町の住民基本台帳に記録されていること
- (2) 町税を滞納していないこと
- (3) 他の地方公共団体から同一の不妊治療に対し同種の補助（埼玉県不妊治療費助成事業による助成金を除く）を受けていないこと

2 対象治療

助成の対象となる治療は、埼玉県及び他都道府県が指定する医療機関において実施された夫婦間における特定不妊治療及び男性不妊治療とする。

- (1) 特定不妊治療 体外受精治療及び顕微授精治療をいう。
- (2) 男性不妊治療 特定不妊治療をおこなうために必要とされる精巣内精子生検採取法または精巣上体内精子吸引採取法による治療その他精子を精巣または精巣上体から採取するための手術をいう。

ただし、夫婦以外の第三者からの精子、卵子または胚の提供による不妊治療、代理母、借り腹は助成の対象にはなりません。

※男性不妊治療は、平成29年4月1日以後に開始した治療が対象となります。

2 補助内容

埼玉県不妊治療費助成事業の対象となった不妊治療（特定不妊治療及び男性不妊治療）に要した費用から県助成金の額を控除した金額とし、特定不妊治療または男性不妊治療についてそれぞれ10万円を限度に、1年度あたり1回、通算5年度補助します。ただし、男性不妊治療については、その妻にかかる特定不妊治療に対する補助が通算5年度に達したときは助成されません。

3 申請手続き

(1) 申請期限

助成金支給申請は、原則として当該不妊治療に対する県助成金の支給決定日の属する年度の3月31日までにおこなってください。

(2) 提出書類

○寄居町不妊治療費（特定・男性）補助金交付申請書兼請求書（様式第1号）

《添付書類》申請には印鑑をご持参ください。

- 埼玉県不妊治療費助成事業不妊治療実施証明書の写し
- 埼玉県不妊治療費助成事業助成金支給決定通知書の写し
※申請する年度に出たすべての通知をお持ちください
- 不妊治療に係る領収書（原本を提出できない場合は写し）
※申請する年度に出たすべての領収書をお持ちください
- 補助金の振込先となる口座の通帳（確認用）

(3) 申請窓口

寄居町役場 健康づくり課

〒369-1292 寄居町大字寄居 1180-1

☎048-581-2121

※月曜日から金曜日（祝祭日を除く）の、午前8時30分から午後5時15分まで

4 補助金支給の決定の有無

審査の結果、支給を決定したときは、「寄居町不妊治療費補助金交付決定通知書（様式第2号）」を送付します。

支給要件を満たしていないなど、支給ができない場合は、その理由を記載した「寄居町不妊治療費補助金不交付決定通知書（様式第3号）」を送付します。