



～東かがわ市こうのとり応援事業（生殖補助医療費助成事業）について～

（令和４年４月１日以降に開始した「体外受精・顕微授精」の治療に対する助成制度）

東かがわ市では、不妊治療への保険適用開始後に「体外受精・顕微授精（生殖補助医療）」を受けられたご夫婦の経済的負担の軽減を図るため、治療に要する費用の一部を助成します。

1. 対象者（以下の要件をすべて満たす方です）

- ①生殖補助医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医師に診断されていること
- ②助成の対象となる治療の開始日の妻の年齢が43歳未満であること
- ③夫婦ともに東かがわ市に住民登録があること
（単身赴任等の特別な事情がある場合は、夫婦のどちらか一方が東かがわ市に住民登録があること。）
- ④夫婦であること（事実婚含む）
- ⑤夫婦ともに市税の滞納がないこと
- ⑥同一治療期間において、他の市町村の助成を受けていないこと



2. 助成内容

	助成対象の治療	
1	【保険診療】による生殖補助医療	【保険診療】で行われた体外受精・顕微授精の治療 （保険診療と組み合わせて実施された、先進医療部分の治療を含む。）
2	【保険外診療】（自費診療）による生殖補助医療	主治医の判断により、「国の先進医療会議において安全性、有効性等について審議中又は審議予定の医療技術等」を併用したため、又は「保険適用外の高度に先進的な生殖補助医療技術を用いたために【保険外診療】となった体外受精・顕微授精の治療

3. 助成金額（1回の治療【注1】に対する助成額）

治療ステージ	保険診療（先進医療含む）【注2】 （高額療養費及び付加給付金を控除した自己負担額）	保険外診療（自費診療）
A B D E	治療に要した自己負担のうち 15万円／回（上限）	30万円／回（上限）
C F	治療に要した自己負担のうち 7万5千円／回（上限）	15万円／回（上限）

※男性不妊治療に要した自己負担分も含みます

【注1】生殖補助医療の「1回の治療」とは、採卵準備のための投薬開始から移植に至る治療を指し、やむを得ず治療を中止した場合についても、卵胞が発育しない等により卵子採取以前に中止した場合を除き、助成の対象とします。

【注2】「保険診療による生殖補助医療」は高額療養費制度の適用となる場合がありますので、事前に健康保険証の交付を受けている各保険組合等に限度額認定証の申請を行い、医療機関に提示して受診ください。

4. 助成回数



初めての治療開始時点の妻の年齢	助成回数の上限
40 歳未満	通算 6 回まで(1 子ごとに)
40 歳以上 43 歳未満	通算 3 回まで(1 子ごとに)

※助成を受けた後の出産(12 週以降の死産を含む)ごとに上限回数をリセットすることができます。

5. 申請に必要な書類等

必要な書類	内容等
(1) 応援事業申請書*	申請者は、市内に居住していれば夫妻のどちらでも構いませんが、申請者の口座に助成金を振り込みます。
(2) 受診等証明書*	医療機関に記載を依頼してください。 【保険診療】様式又は【保険外診療】様式を使用します。
(3) 医療機関発行の生殖補助医療の領収書等	医療機関の発行した領収書の原本を添付ください。原本は窓口で複写のうえ返却します。なお、治療費用の内訳が記載されていない場合は、内訳が記載された請求明細書等をご用意ください。 ※保険診療で受診した場合は高額療養費の支給額証明書(負担額限度額認定証の交付を受けて治療した場合はその認定証)をご用意ください。
(4) 夫婦の婚姻関係を 確認する書類	1 法律上の夫婦の場合 戸籍謄本の原本で発行から 3 か月以内のもの 夫婦のいずれか一方が市外の住民である場合は、その方の住民票の写しの原本で発行から 3 か月以内のもの
	2 事実婚の夫婦の場合 夫婦それぞれの戸籍謄本の原本で発行から 3 か月以内のもの 夫婦の住民票の写しの原本 事実婚関係に関する申立書*
(5) 申請者の本人確認ができる書類(マイナンバーカード、運転免許証等)	
(6) 申請者名義の助成金振込口座(銀行名、支店名、口座番号)が分かるもの	
(7) 申請者の印鑑(金融機関の届出印でなくても構いません。)	

※住民票の写しは、個人番号(マイナンバー)の記載のないものを用意ください。

*上記様式については市のホームページに掲載しています。

6. 申請期限

治療が終了した日から 1 年以内に申請してください。

7. 申請の提出及び問い合わせ先



〒769-2792 東かがわ市湊 1847 番地 1
東かがわ市 こども家庭課 母子保健グループ
TEL 0879-26-1229 FAX 0879-26-1209

R6.4 月作成

