

# 磐梯町こうのとり支援事業(不妊症等治療費助成)のお知らせ

磐梯町では不妊症の検査および治療を受ける夫婦の負担を軽減するため、その費用の全部または一部を助成しています。

令和4年4月から保険適用となり、窓口での負担が軽減されていますが、治療開始時点の女性の年齢によって保険適用となる回数が異なります。保険適用外であっても、妊娠を希望する方や不妊に対し悩んでいる方の支援のため、令和5年4月からは何回でも助成を受けられるように制度を拡充しております。

## 対象者

次の要件すべてを満たす方が対象となります。男女ともに対象となります。

- ① 医療機関において不妊症と診断され、医師の診断に基づいて施される治療を受けている方
- ② 婚姻の届出をしており、申請日時点で夫婦のどちらか一方が1年以上磐梯町に住所を有している方
- ③ 申請者が所属する世帯で町税等の滞納がない方

## 助成の内容及び助成額

助成の対象となるのは、不妊症の検査料及び治療費として自己負担した金額のうち、「福島県不妊治療支援事業」「高額療養費」に該当する額を差し引いた額となります。

治療または検査が終了した日の属する年度内に申請が必要です。

**【不妊症の検査料】** 自己負担に相当する額の全額

**【不妊症の治療費】** 継続した1回の治療に対し、20万円を限度とします  
以下については、助成の対象となりません。

- 文書料、入院室料、室料差額、食事療養費等の直接治療に関係しない費用
- ほかの市町村等または当該治療に係る助成を受けた費用

## 申請に必要な書類

- 磐梯町こうのとり支援事業助成金交付申請書及び請求書（様式第1号）
- 磐梯町こうのとり支援事業（不妊治療等）医療機関証明書（様式第2号）
- 医療費領収書及び診療明細書（手続き後に返却します）
- 通帳等の写し（名義人・口座番号がわかるもの）
- 保険証（申請書及び配偶者）
- 県の助成を受けている場合 「福島県不妊治療支援事業助成金決定通知書」の写し
- 印鑑（申請書類を持参する場合は、念のため持参ください）

## 「福島県不妊治療支援事業」についてのお問い合わせ先

会津保健福祉事務所 児童家庭チーム TEL0242-29-5278

## 申請先・問い合わせ先

磐梯町保健福祉センター

〒969-3301 耶麻郡磐梯町大字磐梯字漆方1049-2 TEL 0242-73-3101