

# 磐梯町こうのとり支援事業 (不育症治療費等助成)のご案内

磐梯町では、不育症の治療を受ける方の負担を軽減するため、「磐梯町こうのとり支援事業」を行っています。福島県でも「福島県不育症治療費助成事業」によりヘパリンを主とした不育症治療に対する助成、「福島県不妊症検査費用助成事業」により先進医療として告示されている不育症検査費用の助成を行っています。

## 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育症と診断され、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（事実婚含む）、申請日時点で夫婦のどちらか一方の住民票が1年以上磐梯町にある方
- ③申請者が属する世帯で町税等の滞納がない方

## 助成内容

助成の対象となるのは、不育症の治療費として自己負担した金額のうち、「福島県不育症治療費助成事業」に該当する額を差し引いた額となり、継続した1回の妊娠期間に対し、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

- ① 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）
- ② 磐梯町こうのとり支援事業（不育症治療）医療機関証明書（様式第3号）
- ③ 医療費領収書及び診療明細書（手続き後に返却します）
- ④ 振込先口座が確認できるもの（通帳またはキャッシュカード：名義人、口座番号が確認できるもの）の写し
- ⑤ 保険証（申請書及び配偶者）
- ⑥ 県の助成を受けている場合「福島県不育症治療費助成事業決定通知書」の写し
- ⑦ 印鑑（申請書類を持参する場合は、念のため持参ください）

### 【事実婚の場合】

- ⑧ 事実婚関係を確認できる両人の戸籍謄本
- ⑨ 事実婚関係に関する申立書（様式第6号）

## 申請期限

原則として、不育症治療が終了した日の属する年度内

「福島県不妊症治療費助成事業」「福島県不育症検査費用助成事業」についての問い合わせ先

会津保健福祉事務所 児童家庭チーム 0242-29-5278

## 申請先・問い合わせ先

磐梯町保健福祉センター 0242-73-3101

