

遠方の医療機関で生殖補助医療を受ける方の 交通費助成のご案内



対象者

- ①受診日時点で磐梯町に住民票がある方
- ②住所地から生殖補助医療を受けた医療機関まで、概ね60分以上の移動時間を要する夫婦（事実婚含む）
- ③申請者が属する世帯で町税等の滞納がない方
- ④他の市町村で助成を受けていない方

助成内容

- ①生殖補助医療を受けた医療機関の所在地に応じて、交通費（往復分）を助成します。
（住所地からの通院に限ります。電車や自家用車など交通手段は問いません。）
- ②助成額：下表の通院1回あたりの基準額×通院回数

医療機関所在地	郡山市	福島市・山形県 新潟県・栃木県	いわき市宮 城県	茨城県	東京都 その他
通院1回あたりの基準額(円)	1,000	2,000	3,000	5,000	6,000

※1回の治療につき8回が上限です。

※1回の治療とは、採卵準備のための「薬品投与」の開始等から、「妊娠の確認」等
に至るまでの生殖補助医療の実施の一連の過程をさします。

申請に必要な書類

- ①磐梯町生殖補助医療交通費支援事業助成金交付申請書及び請求書（様式第1号）
- ②通院状況確認書（様式第2号）
- ③医療機関の発行した生殖補助医療に係る領収書、明細書
- ④生殖補助医療を受けた治療期間が確認できる書類
- ⑤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
- 【事実婚の場合】
- ⑥事実婚関係を確認できる二人の戸籍謄本
- ⑦事実婚関係に関する申立書（様式6号）

磐梯町こうのとりの支援事業の書類を兼ねる

申請期限

原則として、不妊治療が終了した日の属する年度内

申請先・問い合わせ先

磐梯町保健福祉センター ☎ 0242-73-3101

