

人工授精

豊郷町の助成対象（人工授精）

- 申請期限：治療が終了した日の属する年度内
- 特定不妊治療（体外受精・顕微授精）につきましては、助成対象の条件が異なりますので別紙をご参照ください。
- 下記の1～4の全てを該当される方が対象となります。

1	特定不妊治療等の治療法以外では妊娠の見込みがないかまたは極めて少ないと診断された者
2	法律上の婚姻関係にある夫婦であること
3	夫婦のいずれか一方が豊郷町に住所を有すること
4	夫婦ともに公租公課を完納していること

★体外受精・顕微授精の申請は別紙をご参照ください。

申請の流れ

確認

豊郷町の特定不妊治療等助成対象（人工授精）となっているか、上記よりご確認ください。

医療機関

特定不妊治療（人工授精）を受ける。
領収書を残しておく（他医療機関依頼や院外処方の記載がない場合は必要なし）。

★完納証明書・非課税証明書の手続きを簡略化しました！
豊郷町での発行が可能で、町申請様式3号より同意頂いた方に限り、**無料**で医療保険課にて代理発行します。

町

豊郷町医療保険課に、治療を終了した日の属する年度内に申請する。
助成を受理し審査を行った後、決定または却下通知を送付し、助成決定者には交付を行います。（★1年度は4月1日～3月31日です）

助成額・助成回数（人工授精）

助成額	治療に要した額（保険外診療分）
助成限度額	1回の治療につき、10万円まで。 ※「1回の治療」とは、採卵準備のための投薬開始から、体外受精、顕微授精および人工授精に至る治療の過程をさします。
助成回数	1年度あたり2回、通算10回まで。



人工授精

必要な書類 ・ 持ち物

書 類 ・ 持 ち 物		内 容
1	豊郷町特定不妊治療費等助成金申請書 (様式第1号)	申請者が記入
2	豊郷町特定不妊治療費等助成事業受診証明書 (様式第2号)	医療機関の主治医に記入を依頼してください。
2-1	領収書 (人工授精のみ様式2の証明書に他医療機関依頼や院外処方 の記載がない場合は必要なし)	<u>再発行不可の医療機関・薬局等もありますので、 必ず大事に保管してください。</u>
3	住民票等による夫婦の確認および豊郷町納付金状 況調査の同意書(様式第3号)	申請者が記入
4	豊郷町特定不妊治療費等助成金交付請求書 (様式第6号)	申請者が記入
5	夫婦それぞれの町税完納証明書 または 非課税証明書	医療保険課で様式3号の同意を頂いた方に対し 無料で代理発行を行います。 ただし、下記の方は例外となります。 ★約1年以内に本町へ転入された方の場合、 町税完納証明書・非課税証明書が発行できない 場合があります。医療保険課にて確認を行いま すが必要に応じ、転出先にて発行が必要となる 場合があります。 <u>注意 医療保険課にて代理発行(無料)を行 いますが、事前に本町の税務課にて証明書発行の 手続き(600円)を行った場合、払い戻しはで きませんのでご注意ください!</u>
6	★夫婦のいずれか一方が豊郷町に 住所を有していない場合★ こせきとうほん 戸籍謄本	「法律上の婚姻関係にある夫婦であるこ と」を確認する為に必要です *本籍地で発行されます(有料)。 *本籍地が豊郷町である場合、発行は必要あ りませんがお申し出をお願い致します。
7	印鑑	書類で使用した印鑑を 必ず お持ちください

*窓口での説明や、書類の確認について別室での相談を希望される場合は保健師にお伝えください。

記入例

豊郷町特定不妊治療費等助成金申請書 (2)回目

空白にする

年 月 日

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費等の助成を申請します。

記

	氏名	生年月日
夫	豊郷 太郎	〇〇年 〇月 〇日 (〇〇歳)
妻	豊郷 花子	〇〇年 〇月 〇日 (〇〇歳)
住所	〒529-11〇〇 豊郷町大字〇〇123 電話 〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇	

過去にこの助成金を受けたことがありますか

ない・ある → 過去(1)回受けた 助成金を受けた自治体は(豊郷町)

豊郷町長 宛

この助成金は、1夫婦あたりの支給額の上限が決められています。助成の適性を判断する為に必要な場合、本町以外の自治体に対し本申請に係る情報の照会および提供、ならびに指定医療機関に対して治療内容等の照会を行うことについて同意します。

申請者(夫または妻が記名押印)

氏名 豊郷 太郎

同一人物であること (様式6号も同一人物にする)

申請額 金 空白にする 円

※特定不妊治療(体外受精、顕微授精のみ)は上限15万円、人工授精は上限1万円、男性不妊治療は上限5万円とする。

振込み先	金融機関名	銀行 豊郷 金庫 とよさと 本店 支店 出張所						
	預金種別	普通当座	(フリガナ) (トヨサト タロウ) 口座名義人 豊郷 太郎					
	口座番号	1	2	3	4	5	6 (右詰め記入)	

(添付書類)

- 豊郷町特定不妊治療費等助成事業受診証明書(様式2号)または滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の写し
- 滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書の写し(ただし、人工授精のみの場合は必要なし。)
- 住民票等による夫婦の確認および豊郷町納付金の納付状況調査の同意書(様式3号)
- 医療機関発行の領収書の写し(ただし、人工授精のみ様式2の証明書に他医療機関依頼や院外処方に記載がない場合は必要なし。)
- 豊郷町税の完納証明書または非課税証明書(夫婦のいずれかが豊郷町外に住所を有する場合、住所を有する市町村の完納証明書または非課税証明書)

豊郷町特定不妊治療費等助成事業受診証明書

次の者については、下記の不妊治療方法によるものでないと妊娠の見込みがないかまたは極めて少ないと思われるため、下記の不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称および所在地

主治医氏名

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

ふりがな 受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療方法(該当する箇所に○をつけてください) () 体外受精 () 顕微授精 () 人工授精 () 男性不妊				
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
今回の治療の 妊娠判定結果	陽性 ・ 陰性			
上記の不妊治療法を必要とした理由について記入してください。				
今回の治療内容について記入してください。				
他医療機関への依頼 なし・あり		院外処方 なし・あり		
(医療機関名)				
指示内容 (※)				
上記の医療費について、今回の領収金額に		含む・含まない		
領収金額		円 (※保険外診療のみを対象とする)		

※今回の治療の一部を他の医療機関で行った場合、その医療機関名と指示内容について記入してください(この記載がないと、今回の特定不妊治療等費とみなすことができません。)

様式第3号（第5条関係）

同意書

↓ 空白にする
年 月 日

豊郷町長 様

住 所 豊郷町大字〇〇〇〇〇
氏 名 (夫) 豊郷 太郎
(妻) 豊郷 花子

豊郷町特定不妊治療費等助成金交付申請にあたり、住民票等による法律上の婚姻関係の確認および豊郷町納付金が、完納されていることの状況調査に同意します。

また、公租公課を完納していることを確認する為に必要な完納証明書・非課税証明書について、豊郷町が発行を代行し、照会することに同意します。

様式第6号(第8条関係)

豊郷町特定不妊治療費等助成金交付請求書

空白のままお願いします



年 月 日

豊郷町長 様

請求者 (申請者)



住所 豊郷町大字○○○○○

氏名 豊郷 太郎



※請求者は口座名義人と同じ人物にして下さい
また、捺印をお願いします

豊郷町特定不妊治療費等助成金を下記のとおり交付されるよう豊郷町特定不妊治療費等助成金交付要綱第8条の規定により請求します。

金 _____ 円也



空白にする