

特定不妊治療（体外受精・顕微授精・男性不妊治療）

重要

- 「豊郷町」および「滋賀県」両方の助成対象に全て該当しているかご確認をした上で、申請をお願い致します。
- 人工受精の場合は別紙をご参照ください。

豊郷町の助成対象 下記の1～6の全てを該当される方が対象となります。

滋賀県の助成につきましては、県のホームページ等でご確認ください。

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
3	夫婦のいずれか一方が豊郷町に住所を有すること
4	滋賀県不妊に悩む方への特定不妊治療支援事業要綱（以下、県要綱）による助成対象者である者
5	滋賀県が指定している医療機関で治療を受けた者
6	夫婦ともに公租公課を完納していること

申請の流れ

確認

- ①豊郷町の特定不妊治療助成対象となっているか、上記よりご確認ください。
- ②滋賀県のホームページ・または彦根保健所にて滋賀県の「不妊に悩む方への特定不妊支援事業」の対象に該当するか、申請手続きを事前に必ずご確認ください。
（豊郷町は彦根保健所管轄になります）

医療機関

特定不妊治療（体外受精・顕微授精・男性不妊治療）を受ける
※医療機関が発行する特定不妊治療等に必要の費用に係る領収書（保険外診療分）を必ず保存してください。

県

治療が終了した日の属する年度内に申請を行う

（3月中に治療が終了した場合に限り、
翌年度の4月末日まで（休日の場合はその翌日））

※1年度は4月1日～3月31日

※締切日や内容等につきまして、変更の場合があります。
申請日・申請書類については滋賀県のホームページをご参考ください。

★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。

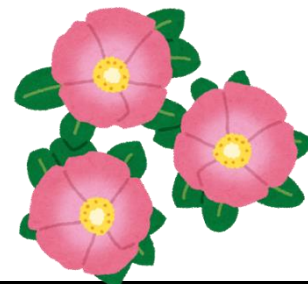
町

県の決定通知を受けた日から60日以内に豊郷町医療保険課へ申請

申請を受理し審査を行った後、支給決定または却下通知を送付し、助成決定者には助成金を交付します。

豊郷町の助成額・助成回数（体外受精・顕微授精・男性不妊治療）

助成額	治療に要した費用から滋賀県助成額を差し引いた額。
助成限度額	体外受精・顕微授精 1回の治療につき15万円まで 男性不妊治療 1回の治療につき5万円まで
助成回数	滋賀県に準ずる。



● 必要な書類・持ち物(豊郷町)

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) 滋賀県不妊に悩む方への 特定治療支援事業受診証明書の写し	どちらかの書類を提出してください。 様式第2号については、滋賀県が指定している医療 機関の主治医に記入を依頼してください。
3	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	
4	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
5	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
6	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。 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(6 00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!
7	★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★ <small>こせきとうほん</small> 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。
8	医療機関が発行する特定不妊治療費等に要する 費用に係る保険外診療分の領収書の写し	医療機関が発行する証明書(様式第2号)と同額分 の領収書
9	印鑑	書類で使用した印鑑を 必ず お持ちください

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号も同一人物とする)

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 (医療機関名)		院外処方 なし・あり		
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



豊郷町長 様

住 所 豊郷町大字○○○○○
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。

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