

たつの市不育症治療費助成のご案内

たつの市では、不育症治療を受けられたご夫婦の経済的負担の軽減を図るため、その治療費の一部を助成しています。

対象 (要件) ①～⑤ 全てにあて はまること	①法律上の婚姻関係又は事実婚関係にある夫婦で、助成を受けようとする不育症治療等の全期間及び助成の申請日においてたつの市に住所があること。 ②不育症治療等期間の初日における妻の年齢が43歳未満であること。 ③不育症であると医師の診断を受けていること。 ④申請日において、夫婦のいずれにも市税の滞納がないこと。 ⑤他の自治体を実施する不育症治療等の助成を受けていないこと。
助成額	医療機関で受けた医療保険が適用されない不育症の治療等に要した費用のうち、検査は7/10、治療は1/2（千円未満は切り捨て） 助成回数は1年度（治療期間4月～翌3月）につき1回を上限とする。 ※夫婦染色体検査のみ夫を含む。
申請方法	《申請期限》 治療等を実施した日の属する年度の3月末日 ※間に合わない場合は、事前にご相談ください。 《申請書類》 ※必ず必要な書類 （⑤は原本を持参いただき、健康課でコピーさせていただきます。） ①不育症治療費助成事業申請書 ②不育症治療費助成事業受診等証明書 ③不育症治療費助成事業受診等証明書(薬局用) ④事実婚関係に関する申立書（事実婚の場合に限る） ⑤本人負担額が確認できる領収書の写し（②③と一致するもの） ※本人同意があり市で状況が確認できれば、省略できる場合がある書類 ⑥戸籍謄本、住民票 ⑦夫婦の市税完納証明書
申請受付	たつの市健康課（はつらつセンター内）電話0791-63-5121
助成金支給	申請受付の翌月に指定口座へ振り込みにて支給