日高村不妊治療費等助成事業

不妊治療・不育症治療を受けられたご夫婦に治療に要した費用の一部を助成する事業です。

	一般不妊治療	特定不妊治療	不育症治療
対象治療	体外受精と顕微授精を除く不妊治療（検査、人工授精を含む）	体外受精または顕微授精	不育症に対して行う治療（疑い、検査を含む）
対象者条件 ※ ①～⑥の全てに該当する方	①婚姻関係にある夫婦（事実婚含む） ②夫婦の両方又はいずれか一方が日高村に住民基本台帳に登録されており、かつ居住している ③夫婦が医療保険各法の規定に基づく被保険者、組合員又は被扶養家族である ④村税等の滞納がない ⑤他の市町村において同一の助成を受けていない ⑥特定不妊治療については高知県の特定不妊治療支援事業の助成の決定を受けている		
助成額	1年度ごとに上限5万円 ※ 1年度とは、4/1～3/31までをいう。 例）R4年度：R4/4/1～R5/3/31	・特定不妊治療に要する費用として対象者が負担した額から高知県の助成を受けた額を控除した額 ・1回につき上限5万円	・1治療期間の医療費の1/2以内 ・1治療期間及び1年度ごとに上限300,000円
助成期間	回数及び期間に制限なし	給付回数・期間は高知県の各特定治療支援事業に準じる	回数及び期間に制限なし
申請時期	1治療期間に係る費用の支払いが終了した日の属する月の翌月から起算して6月以内		

【申請に必要な書類】

		一般不妊治療		特定不妊治療		不育症治療	
		1回目	2回目以降	1回目	2回目以降	1回目	2回目以降
不妊治療費等助成金交付申請書兼請求書		○	○	○	○	○	○
不妊治療費等助成事業医療機関等証明書		○	○	○※1	○※1	○	○
不妊治療等を要した費用の領収書の写し		○	○	○	○	○	○
住民票など住所を確認できるもの（写し可）※2		▲	＊	▲	＊	▲	＊
婚姻関係の確認できる書類	法律婚 ： 夫婦の戸籍謄本 ※3	▲	＊	▲	＊	▲	＊
	事実婚 ： 夫婦の戸籍謄本 事実婚関係に関する申立書	○	＊	○	＊	○	＊
加入医療保険証の写し		○	＊	○	＊	○	＊
振込先金融機関口座確認書類の写し		○	＊	○	＊	○	＊
高知県の各特定治療支援事業の承認決定通知書の写し		—	—	○	○	—	—

※1 高知県知事に提出する各特定治療支援事業の医療機関受診等証明書の写し可

※2 不妊治療費等助成事業に関する同意書が提出され、住所が確認できる場合は、▲の書類省略可

※3 ※2に加え、夫婦ともに同世帯同住所である場合は▲の書類省略可

※4 当該年度2回目以降の申請で内容に変更がない場合は＊の書類省略可

申請・問合先　日高村役場 健康福祉課（本郷61番地1）　電話 0889-24-5197

受付時間　平日　8:30～17:15（12:00～13:00を除く）