

# 室戸市不妊治療費補助金のご案内

不妊検査、不妊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。

事業の概要		
対象治療	一般不妊治療	特定不妊治療
対象治療	不妊検査・タイミング療法・人工授精等	体外受精または顕微授精
対象者 ※①～⑥の全てに該当する方	①法律上婚姻関係にある夫婦 ②補助の対象となる最初の診療日の1年前から、夫婦の両方又はいずれか一方が室戸市に住所を有し、現に居住している方 ③夫婦が医療保健各法の規定に基づく被保険者、組合員または被扶養者である方 ④他の自治体において同一の助成を受けていない方(高知県の助成を除く) ⑤(特定不妊治療のみ) 高知県不妊に悩む方への特定治療支援事業の助成金を受けた夫婦	
助成額	1年ごとに5万円を限度	特定不妊治療に要する費用として対象者が負担すべき額から、高知県からの助成金を受けた額を控除した額について、1回につき10万円を上限
助成回数	補助開始となる診療日の属する年度から連続する5年間	給付回数・期間については「高知県不妊に悩む方への特定治療支援事業」に準ずる
申請期限	①治療日の属する年度の末日。 ②治療日が2月、3月の場合は、5月31日まで。	

## 申請に必要な書類

	一般不妊治療	特定不妊治療
1. 不妊治療費等助成事業申請書	○	○
2. 不妊治療費等助成事業医療機関等証明書(※1)	○	○
3. 不妊治療等に要した費用の領収書及び明細書(※2)	○	○
4. 治療を受けた者に係る医療保険法に定める被保険者証の写し	○	○
5. 振込先口座番号が確認できるもの	○	○
6. 印鑑(スタンプ印は不可)	○	○
7. 特定不妊治療費助成決定通知書の写し	—	○

※1 特定不妊治療費助成申請の場合、高知県知事に提出する「特定不妊治療費助成事業受診等証明書」の写しが提出できる場合はこの証明書に代えることができます。

※2 高知県が実施する特定不妊治療費等助成事業のため原本を提出する場合は、写しを提出してください。

### 【お問い合わせ先】

室戸市保健介護課 健康推進班 0887-22-3100  
 住 所 : 〒781-7109 室戸市領家87番地  
 受付時間 : 平日 8:30~17:15 (年末年始を除く)