

草津町不妊治療費等助成事業のご案内（令和4年度～）



<p>草津町では、平成26年度より不妊治療を行うご夫婦の経済的負担を軽減するため、医療保険の適用がされない特定不妊治療の医療費の一部を補助する事業を実施しています。</p> <p>令和4年度より、一般不妊治療、男性不妊治療、不育症に係る医療費の一部についても助成対象といたします。</p>	
対 象 者	<p>法律上の婚姻関係にある夫婦であり、次のすべてに該当する方が対象となります</p> <ul style="list-style-type: none"> ●法律上の婚姻関係にある夫婦で、草津町に住民登録があり、申請日の1年以上前から草津町に住所を有する方 ●医療保険各法における被保険者または被扶養者である方 ●町税等の滞納をしていない方
助成対象となる不妊治療費	<ul style="list-style-type: none"> ●医師の判断を受けて実施する<u>一般不妊治療、特定不妊治療（男性不妊治療含む）、不育症治療</u> <p>（注）申請に係る文書作成料などは、助成対象となりません。</p>
助 成 内 容	<ul style="list-style-type: none"> ●助成対象額は、当該年度内の治療費（夫婦負担額）の2分の1（千円未満は切り捨て）です。<u>助成額の限度額は1回10万円</u>です。 ●助成回数は、<u>同一夫婦に対し、通算3回</u>です。
申 請 期 間	<ul style="list-style-type: none"> ●申請年度（4月1日～翌年3月31日）に受けた不妊治療は、原則としてその年度内に行ってください。やむを得ない理由で申請期限を過ぎてしまう場合は、あらかじめ健康推進課（保健センター）までご連絡ください。
申 請 に 必 要 な 書 類 と 留 意 事 項	<ul style="list-style-type: none"> ●申請に必要な書類等 <ul style="list-style-type: none"> ①<u>草津町不妊治療費等助成金交付申請書【様式第1号】</u> ※助成金の振込口座は、申請者の口座に限ります。 ②<u>草津町不妊治療費等助成事業 受診等証明書【様式第2号】</u> ※医療機関で記入してもらいます。 ※記入には手数料がかかりますが、文書作成手数料は助成の対象となりません。 ③<u>医療機関が発行した不妊治療費の領収書（原本）</u> ④<u>医療保険証の写し</u> ⑤<u>助成金振込先口座の写し</u>
助成金の交付方法	<ul style="list-style-type: none"> ●助成が承認された場合に、申請者に通知するとともに、申請書記載の口座に助成金を振り込みます。
助成金申請の不承認	<ul style="list-style-type: none"> ●要件に該当しないなど助成金を交付できない場合は、不交付決定通知書を送付します。
お問い合わせ	<ul style="list-style-type: none"> ●草津町役場 健康推進課（保健センター） TEL 0279-88-5797