

## 中井町不妊に悩む方への特定治療支援事業のお知らせ

中井町では、特定不妊治療を終了した人を対象に、不妊治療のうち医療保険が適用されない高額な医療費がかかる体外受精及び顕微授精（特定不妊治療）について、神奈川県の実施する助成事業（神奈川県不妊に悩む方への特定治療支援事業）に上乘せする形で、その治療にかかる費用の一部を助成する事業を実施しています。

### ○助成の対象となる方

助成を受けることができる対象者は、法律上の婚姻をしている夫婦で、次の要件のすべてを満たす方とします。

- (1) 夫及び妻（事実婚含む）が、特定不妊治療の終了した日及び助成申請日において中井町に住民登録をしていること。  
※ 助成を受けようとする特定不妊治療において、他の市町村で同内容の助成を受けた方は除きます。
- (2) 神奈川県の実施する指定する医療機関において、特定不妊治療を終了した（医師の判断に基づき中断した場合を含む）方。
- (3) 助成を受けようとする特定不妊治療において、神奈川県不妊に悩む方への特定治療支援事業の助成決定を受けた方。

### ○助成の内容

- (1) 助成額は、特定不妊治療に要した費用（保険外診療）から、神奈川県による助成費を控除した額とし、夫婦一組につき1回の治療につき15万円を限度とします。
- (2) 助成を受けることのできる回数は、初回助成の対象となる治療開始日における妻の年齢が39歳以下の場合には、年間助成回数、通算助成期間の制限なく、1子ごと6回まで、40歳以上42歳以下の場合には1子ごと3回まで助成します。  
\* 年齢は誕生日を基準とし、1回の治療期間の初日の年齢です。  
\* 令和2年度以前に助成を受けた回数も通算されます。  
\* 平成28年度以前の申請を通算5年度行った方は対象外です。

### ○申請の方法

神奈川県不妊に悩む方への特定治療支援事業の助成決定を受けた日から1年以内に、中井町不妊に悩む方への特定治療支援事業申請書に次の書類を添えて申請してください。

- (1) 神奈川県不妊に悩む方への特定治療支援事業における承認決定通知書の写し
- (2) 神奈川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  
※コピーをとりますので原本をお持ちください
- (3) 特定不妊治療に要した治療費の領収書（保険外診療等の明細のわかるもの）の写し  
※上記（2）受診等証明書における治療期間及び領収金額に対応する領収書の原本をご提示ください
- (4) 助成金の振込先の口座番号などが分かるもの
- (5) 印鑑

### ○助成金の支払い

申請書類により助成の適否について決定し、交付（不交付）決定通知書を送付します。

### ○問い合わせ

中井町健康課 健康づくり班 電話 81-5546