

## 十日町市不育症治療費助成事業のご案内

十日町市では、不育症の検査、治療を受けられる方に対して、不育症の検査費、治療費にかかる費用の一部を助成しています。

※令和2年4月1日～令和3年3月31日に検査、治療を開始した方は、要件、助成額等が異なりますので、担当にご相談ください。

### 1 対象者

◎夫婦等の両方が十日町市に住所を有する方  
(法律上の婚姻関係にない方も対象となります。)

### 2 助成対象となる治療

- (1) 助成の対象となる治療は、産婦人科等の医療機関で行う不育症の検査費と治療費です。
- (2) 新潟県不育症検査費用助成事業の対象となる検査（流産検体を用いた染色体検査）を行った場合は、県の助成を受けてから市の助成の申請をしてください。

### 3 助成額

助成額は、特定不妊治療に要した費用の額の2分の1（上限10万円）です。

### 4 助成回数

回数に制限はありません。

### 5 申請の方法

治療が終わった日から6か月以内（新潟県等他の自治体から助成を受けた場合は決定日から6か月以内）に、次の書類を十日町市役所健康づくり推進課又は各支所市民課に提出してください。

※申請書類の②医療機関証明書は、申請前に治療を受けた医療機関に作成を依頼してください。

### 6 申請書類

- ① 申請書（様式第1号）
- ② 十日町市不育症治療費医療機関証明書（様式第2号）
- ③ 医療機関発行の領収書・明細書（原本）
- ④ 印鑑
- ⑤ 振込口座の通帳
- ⑥ 他の自治体の助成決定通知書（新潟県等他の自治体から助成を受けた場合）

※①②は、市役所健康づくり推進課、支所市民課にあります。

<お問合せ先> 十日町市役所  
健康づくり推進課母子保健係 ☎025-757-9759