

## 十日町市特定不妊治療費助成事業のご案内

十日町市では、不妊治療を受けられているご夫婦に対して、特定不妊治療にかかる費用（体外受精、顕微授精及び男性不妊治療）の一部を助成しています。

### 1 対象者

以下のすべてを満たす方

- ① 夫婦（法律上の婚姻関係にないが、事実上の婚姻関係にある夫婦を含む。）の両方が十日町市に住所を有する方
- ② 特定不妊治療を受ける期間の初日において妻の年齢が43歳未満の方
- ③ 新潟県不妊に悩む方への特定治療支援事業（以下「県事業」と略します。）において、助成決定された方

### 2 助成対象となる治療

助成の対象となる治療は、指定医療機関で行われた、体外受精、顕微授精及び男性不妊治療です。（県事業の対象となる治療と同じ）

### 3 助成額

- ① 特定不妊治療 1回の治療につき20万円まで
- ② 男性不妊治療 1回の治療につき15万円までを①に上乗せ  
※治療に要した費用の額から、県事業の助成額を除いた額を助成します。  
※いずれも県事業の対象となる治療に係る費用が対象です。

### 4 助成回数

- ◎妻の年齢が40歳未満の方 43歳になるまでに1子につき6回まで
  - ◎妻の年齢が40歳以上の方 43歳になるまでに1子につき3回まで
- ※年齢は、「1子ごとの各1回目に助成を受ける際の治療開始時における妻の年齢」で判断します。（例：1子1回目が40歳未満の場合であっても、2子1回目が40歳以上の場合は、2子目は3回までです。）
- ※1子には、妊娠12週以降に死産に至った場合を含みます。

### 5 申請の方法

- ① 十日町市の助成を受ける前に新潟県からの助成の決定を受けてください。
- ② 申請は、新潟県が行う助成の交付決定を受けてから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。

### 6 申請書類等

- ① 申請書（市役所健康づくり推進課、支所市民課にあります。）
- ② 医療機関発行の領収書（原本）
- ③ 新潟県からの助成金交付決定通知書（写し）
- ④ 新潟県に提出する不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書（写し）
- ⑤ 印鑑
- ⑥ 振込口座の通帳