

勝山市不育症治療費助成事業

対象者

下記のすべてに該当する方

- 医療機関において不育症またはその可能性があることと診断されていること
- 婚姻している又は事実婚関係にあり、検査又は治療開始から申請日において夫婦のいずれかが勝山市に継続して住所を有すること
- 市税の滞納がないこと
- 各医療保険の被保険者、組合員または被扶養者であること

対象となる治療

- 不育症検査（染色体検査、血液検査、超音波検査等）
- 不育症治療（低用量アスピリン療法、ヘパリン療法等）

※保険適用の有無は問いませんが、医師が不育症またはその可能性を診断し行なう検査及び治療（院外調剤費用含む）が対象です。

助成額

対象となる治療にかかった治療費の自己負担額をすべて助成

※福井県不育症検査費助成事業及び勝山市妊産婦医療費助成事業を優先し、自己負担額から助成額、高額療養費、付加給付金等を除いた額になります。

※食事代、差額ベッド代、文書料は対象外となります。

※回数制限、年齢制限はありません。

申請方法

下記の書類をそろえて治療終了した年度内に下記担当まで申請してください。

※年度末にまとめず、なるべく治療終了毎に申請してください。

※1回の治療は検査又は治療を開始した日から出産、流産若しくは死産した日又は医師の判断により終了した日までとなります。

- ①不育症治療費助成金交付申請書
- ②領収書の原本
- ③不育症治療費助成金交付請求書
- ④振込を希望する金融機関の通帳の写し
- ⑤福井県不育症検査費助成承認決定通知書（該当者のみ）
- ⑥保険証の写し
- ⑦高額療養費・付加給付金等の支給証明書類（該当者のみ）
- ⑧戸籍抄本（配偶者の住所が市外にある場合のみ）
- ⑨事実婚関係に関する申立書（該当者のみ）



様式は
こちらから
ダウンロード可