

## 〈 広野町 不育症治療費助成 〉

### 対象者

- ① 法律上の夫婦であること。
- ② 夫婦またはどちらかが広野町に居住し、申請日の6か月以上前から広野町の住民登録をしていること。
- ③ 町税や町営住宅等の滞納がないこと。
- ④ 夫婦ともに国民健康保険または社会保険等に加入していること。
- ⑤ 他市町村（特別区を含む）から同種の助成を受けていないこと。

### 助成対象経費

不育症治療にかかる費用及び診断のための検査にかかる費用。

### 助成金額及び助成回数

- ① 1回の妊娠期間につき、不育症治療に要した助成対象経費から、都道府県等が実施する不育症にかかる費用の助成額を差し引いた額に2分の1を乗じた額とし、千円未満は切り捨て。（上限額15万円）
- ② 1年度につき、15万円を限度。

### 申請期限

1回の不育症治療が終了した日の属する年度の末日。ただし、3月に終了した場合は翌年度の4月末日。

### 申請に必要な書類

書類名	県申請あり	県申請なし	備考
広野町不育症治療費助成事業補助金交付申請書 (様式第1号)	○	○	
広野町不育症治療費助成事業補助金交付申請額明細書 (様式第1号の2)	○	○	
福島県不育症治療費助成事業承認決定通知書の写し	○		県の助成を受けている場合
福島県不育症治療費助成事業受診等証明書の写し	○		県の助成を受けている場合
広野町不育症治療費助成事業受診等証明書 (様式第2号)		○	医療機関が記入する書類
医療機関発行の領収書（院外処方に係る薬局の領収書を含む）の写し	○	○	
保険者が発行した高額療養費又は附加給付の明細書の写し	○	○	該当があった場合
戸籍謄本・戸籍全部事項証明書・町税及び町営住宅等の滞納がないことを確認できるもの	△	△	様式第1号で住民情報及び課税資料情報等の閲覧に同意する場合は不要
妻の健康保険証の写し	○	○	

(お問い合わせ先) 広野町役場 ども家庭課 電話 0240-27-2115