

〈 広野町 特定不妊治療費助成 〉

対象者

- ① 法律上の婚姻をしていること
- 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 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。
- ⑤ 治療開始日の妻の年齢が43歳未満であること。

助成対象経費

県が指定する医療機関にて行われた特定不妊治療（体外受精、顕微授精）及び男性不妊治療にかかる費用。

助成金額及び助成回数

- ① 特定不妊治療について、1回の治療に要した助成対象経費から、都道府県等が実施する特定不妊治療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30万円）
- ② 男性不妊治療について、1回の治療に要した助成対象経費から、都道府県等が実施する特定不妊治療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）
- ③ 通算6回。①と②を同時に申請された場合、1回とする。

申請期限

1回の特定不妊治療が終了した翌日から1年以内。

申請に必要な書類

書類名	県申請あり	県申請なし	備考
広野町特定不妊治療費助成事業補助金交付申請書（様式第1号）	○	○	
県特定不妊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
県特定不妊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
広野町特定不妊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の写し	○	○	
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