

平成26年度 浜松市一般不妊治療費補助事業のご案内

1 対象者

- ・ 法律上婚姻している夫婦であり、夫婦の両方又は一方が浜松市に住所があること。
- ・ 治療開始日に妻の年齢が40歳未満であり、保険適用外となる人工授精による治療を受けた夫婦。

2 対象治療

- ・ 産科、婦人科、産婦人科、泌尿器科、皮膚泌尿器科を標榜する医療機関において不妊症と診断され、保険適用外となる人工授精による治療が対象です。
- ・ 文書料、個室料など治療に直接関係しない費用は対象になりません。

3 助成額

- ・ 1夫婦に対して63千円を上限に、自己負担額の10分の7以内の額を助成します。

4 助成期間

- ・ 助成を開始した診療日の属する月から連続する2年間です。
- ・ 本事業の助成を受け出産後、その後更に次の児のために人工授精の治療を行う場合は、再度、新規の申請として取り扱います。

5 その他

- ・ 本事業の助成を受けた治療にて出産後、その後更に次の児を希望し人工授精の治療を行う場合は、再度、新規の申請として取り扱う。

6 申請方法

1) 申請期限

- ・ 治療を受けた日の属する年度内（平成27年3月31日までの申請）
- ・ 治療最終日が平成27年2月、3月の場合は、60日以内（治療終了日を含む）を限度として申請することができます。

※申請期限を過ぎた場合は申請の受付ができませんので、必ず期日までに申請してください。

2) 必要書類

- ① 一般不妊治療費補助金交付申請書（各申請窓口にあります）
- ② 一般不妊治療費補助事業受診等証明書（医療機関が作成したもの）
※ 院外処方による薬剤の自己負担があった場合には、薬局の領収書を医療機関にご提示ください。
- ③ 医療機関発行の領収書原本（治療期間分の領収書原本）
- ④ 戸籍全部事項証明書又は戸籍謄本
- ⑤ 夫と妻の各々の納税証明書（市税を滞納していないことを証する納税証明書）
 - ・ 全ての市税が記載されている証明を取得してください。
 - ・ 申請される月が4月から6月は25年度、7月から翌年3月は26年度の納税証明書を取得してください。
- ⑥ 認印（スタンプ式除く）及び申請者名義の口座が分かるもの
※④⑤は申請日から3か月以内に発行されたものとします。

3) 申請先

各区役所健康づくり課、健康増進課（浜松市保健所内）

7 お問い合わせ先

浜松市 健康福祉部 健康増進課 母子グループ

電話：053-453-6117

FAX：053-453-6133

E-mail：kenko@city.hamamatsu.shizuoka.jp