

# 伊勢崎市不育治療費助成事業のご案内

## 【助成対象者】 申請日時時点で下記の全てに該当する人

- ① 法律上の婚姻後、医師による不育治療を行っている夫婦
- ② 夫婦の双方又はいずれか一方が、1年以上引き続き伊勢崎市に住民登録がある。
- ③ 医療保険関係各法における医療保険に加入している。
- ④ 他の地方公共団体（群馬県を除く）から同一の不育治療に対し同種の補助を受けていない。

最新情報は、本市ホームページをご確認ください。



## 【助成内容】

### ① 助成回数

1年度（4月1日から翌年の3月31日まで）の治療につき1回

1年度に複数年度（過去3年度分まで）の申請が可能です。

※令和8年度は令和5年度～令和8年度に行った治療の申請が可能です。

### ② 助成の対象となる治療等

診察、検査（頸管粘液検査等）、処置（卵管通気検査・子宮卵管造影検査・腹腔鏡検査等）、薬物治療、その他医師が認めた不育治療

※申請に係わる文書作成料、予防接種代、入院費及び食事代等は助成対象外

### ③ 助成の対象となる治療期間

婚姻期間中かつ、夫婦の双方またはいずれか一方が伊勢崎市に住民登録がある期間の治療であること。

## 【申請に必要な書類等】 ※①②⑦は、本市ホームページからダウンロードできます。不備・不足がある場合は受付できませんのでご注意ください。

### ① 不育治療費助成金交付申請書

### ② 不育治療費助成金医療機関受診証明書

※不育治療を行ったこと及び治療費用について、医療機関、保険薬局の証明をもらってください。

### ③ 夫婦それぞれの加入している医療保険が確認できる書類のコピー

「資格情報のお知らせ」や「資格確認書」のコピー。またはマイナポータルからダウンロードした「医療保険の資格情報」(PDF)を印刷したもの。

### ④ 不育治療費の領収書（原本）およびコピー（原本とコピーの両方が必要ですので、ご注意ください。）

※医療機関・薬局ごとに日付順にA4サイズの紙にコピーしてください。両面コピー・70%程度までの縮小可。原本は返却します。

### ⑤ 振込先通帳（表紙裏）のコピー

※夫婦どちらか（本市に住民登録がある人）のもの。金融機関名・支店名・支店コード・口座種別・口座番号・口座名義が確認できるもの。

### ⑥ 印鑑（⑤の名義人のもので、朱肉を使うもの。旧姓不可。訂正が生じた際に使用します。）

### ⑦ 不育治療費助成金請求書（請求者は⑤の名義人としてください。異なる場合は委任状が必要です。）

## 【該当する場合に必要な書類】 ※いずれも発行からおおむね3か月以内のもの

### ① 群馬県の助成を受けている場合は、群馬県不育症検査費用助成事業承認決定通知書

### ② 夫婦が別住所の場合は、戸籍謄本

### ③ 夫婦のいずれかが市外に住所がある場合は、その人の住民票抄本

## 【助成額】

不育治療に要した医療費の自己負担額の2分の1（千円未満切捨て）とし、20万円を限度とします。

## 【問い合わせ・申請受付窓口】

くわまるプラザ（保健センター） 2階総合カウンター

〒372-0048 伊勢崎市大手町18番1号 TEL：0270-27-6290 FAX：0270-27-6297

受付時間：午前8時30分～午後5時 月～金曜日（祝日・年末年始を除く）

※受付には30分程度の時間を要しますので、余裕を持ってお越しください。