

# 佐川町不妊治療費等助成事業のご案内

不妊検査、不妊治療を受けられたご夫婦に、治療に要した費用の一部を助成する事業です。

## 【事業の概要】

対象治療	一般不妊治療・人工授精				特定不妊治療				
	不妊検査・一般不妊治療・人工授精				体外受精または顕微授精				
対象者の条件 ※①～⑥の全てに該当する方	①法律上婚姻関係にある夫婦								
	②夫婦の両方又はいずれか一方が佐川町に住所を有し、かつ、居住している者								
	③夫婦が医療保険各法の規定に基づく被保険者、組合員又は被扶養者である者								
	④夫婦の前年の所得の合計額が730万円未満である者（※計算方法は下記の表のとおり）								
	A	B 控除計			C		所得の合計額		
	所得証明書 の所得金額	児童手当施行令 第3条第1項の控 除額※所得があ る方のみ	雑損 控除額	医療費 控除額	障害者控除額 (普通)270,000 円×該当人数	障害者控除額 (特別)400,000 円×該当人数	勤労学生控除 270,000円	所得額 (A-B)	夫と妻のC欄の 合計 ※この額 が730万円未満 なら助成の対象
	夫	80,000							
	妻	80,000							
	⑤町税等の滞納がない者								
	⑥他の自治体において同一の助成を受けていない者(高知県の助成を除く)								
助成額	1年度ごとに5万円を限度				特定不妊治療に要する費用として対象者が負担すべき額から、高知県からの助成を受けた額を控除した額について、1回につき5万円を上限				
助成期間	通算5年度 ※連続した5年間でなくても可				給付回数・期間については「高知県不妊に悩む方への特定治療支援事業」に準じる				
申請時期	不妊治療を受けた日の属する年度の末日までに提出すること ※1年度とは、4月1日～3月31日までをいう 例)令和2年度:令和2年4月1日～令和3年3月31日								

## 【申請に必要な書類】

	一般不妊治療	特定不妊治療
1. 不妊治療費等助成事業申請書	○	○
2. 不妊治療費等助成事業医療機関等証明書(※1)	○	○
3. 健康保険証の写し	○	○
4. 法律上の夫婦であることを証明できる書類(1ヶ月以内に発行されたもの)	▲	▲
5. 児童手当法施行令による控除額等が確認できる所得課税証明書	▲	▲
6. 住民票など住所を確認できるもの	▲	▲
7. 不妊治療等に要した費用の領収書(※2)	○	○
8. 振込先口座番号が確認できるもの	○	○
9. 印鑑	○	○
10. 特定不妊治療費助成決定通知書の写し		○

※1 特定不妊治療費助成申請の場合、高知県知事に提出する「特定不妊治療費助成事業受診等証明書」の写しが提出できる場合はこの証明書に代えることができます。

※2 高知県が実施する特定不妊治療費等助成事業のため原本を提出する場合は、写しを提出してください。

※3 不妊治療費等助成事業に関する同意書が提出され、住所・所得等が確認できる場合は、▲の書類は省略できます。



【申請場所】 ※担当者が不在のこともありますので、事前にご連絡ください。

佐川町健康福祉課 生活応援係 ☎22-7705

住 所: 〒789-1202 高岡郡佐川町乙2310 佐川町健康福祉センターかわせみ内

受付時間: 平日 8:30～17:15(※12:00～13:00を除く)