

佐川町不妊症治療費等助成事業のご案内

不妊症検査、不妊症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		平成30年4月1日以降に開始した不妊症の検査及び治療																																													
		<input type="checkbox"/> 不妊症の検査(抗リン脂質抗体検査、凝固因子検査等) <input type="checkbox"/> 薬物療法(アスピリン療法等) <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他																																													
対象者の条件		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)																																													
※①～⑥の全てに該当する方		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th>A</th> <th colspan="5">B 控除計</th> <th>C</th> <th>所得の合計額</th> </tr> <tr> <th>所得証明書の所得金額</th> <th>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</th> <th>雑損控除額</th> <th>医療費控除額</th> <th>障害者控除額(普通)270,000円×該当人数</th> <th>障害者控除額(特別)400,000円×該当人数</th> <th>勤労学生控除270,000円</th> <th>所得額(A-B)</th> <th>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</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>夫</td> <td></td> <td>80,000</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>妻</td> <td></td> <td>80,000</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>									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							
	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																																													
助成額		1回の治療期間ごとの医療費の自己負担金の2分の1以内とし、1年度につき300,000円を限度とする																																													
助成期間		1回の治療期間及び、1年度につき1回 (※1回の治療期間が2年度に渡る場合はその治療が終了してから申請とする。)																																													
申請時期		不妊症治療を受けた日の属する年度の末日までに申請すること ※1年度とは、4月1日～3月31日までをいう 例)平成30年度:平成30年4月1日～平成31年3月31日																																													

【申請に必要な書類】

	不妊症治療
1. 不妊症治療費等助成事業申請書	○
2. 不妊症治療費等助成事業医療機関等証明書(※1)	○
3. 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)	○
4. 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	▲
5. 住民票など住所を確認できるもの	▲
6. 不妊症治療等に要した費用の領収書(※2)	○
7. 振込先口座番号が確認できるもの	○
8. 印鑑	○

※1 1、2は佐川町健康福祉課の窓口でお渡しします。

2については治療を受けた医療機関で作成してもらいます。証明書の作成にかかる文書作成料は助成の対象となりません。

※2 原本を提出してください。

※3 2回目以降の申請の際、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】

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)

※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。

