奥出雲町生殖補助医療費助成事業

奥出雲町では、不妊治療を受けているご夫婦に対して、経済的負担の軽減を図るために生殖補助医療（体外受精・顕微授精等）にかかる費用の一部を助成します。

対象者	・法律上の婚姻関係又は事実関係にある者であって、夫婦のいずれか一方または両方が町内の住所を有している方 ・夫及び妻が医療保険各法による医療保険の被保険者等である方 ・医療機関において、生殖補助医療又は生殖補助医療と併せて先進医療を受けた者である方
助成内容	【対象治療】 ・保険診療のみ ・保険診療と先進医療の併用 【助成額】 上限３０万円/回 ※ 保険診療と先進医療の併用は県の助成を除く 【助成回数】　１子ごと （治療期間初日の女性の年齢）　・４０歳未満であるとき　…通算６回 ・４０歳以上４３歳未満であるとき　…通算３回
申請期限	治療が終了した日から起算して１年以内 ※ 高額療養費に該当する可能性がある治療費は、治療後４か月を経過してから申請ください
申請に必要なもの	① 生殖補助医療費助成申請書兼請求書（様式第１号） ② 生殖補助医療費助成事業受診等証明書（様式第２号） ※ 申請前に医療機関で治療の証明を受けてください ③ 医療機関が発行した生殖補助医療に係る領収書及び明細書 ④ 住民票（マイナンバーの記載がなく、夫婦の続柄の記載があるもの） ⑤ 婚姻関係が証明できる書類：戸籍抄本 ※ 住民票に続柄及び戸籍の筆頭者の記載があり、夫婦関係が確認できる場合は省略できます ＜事実上の婚姻関係にある場合＞：・戸籍謄本 ・婚姻関係に関する申立書(様式第３号) ※ 住民票や戸籍抄本・戸籍謄本は、３カ月以内に発行したものを有効とします ⑥ 申請者名義の通帳 ＜島根県の不妊治療（先進医療）費助成事業を受けられた方＞ ⑦ 島根県が発行した不妊治療〈先進医療〉費助成事業承認決定通知書 ⑧ 島根県が発行した不妊治療〈先進医療〉費助成事業受診等証明書（写し）
申請方法	申請に必要なものを、下記へご持参または郵送してください 申請書類は、役場申請窓口にあります。また、奥出雲町ホームページからも印刷できます　（URL:http//www.town.okuizumo.shimane.jp）

【お問い合わせ・申請窓口】
奥出雲町役場　健康福祉課　健康づくり推進１・２係（役場仁多庁舎２階）
電話：（０８５４）５４－２７８１　有線：３１－５０００（内線：５１４３）