

ひたちなか市 不育症検査・治療費助成事業

子どもを望むご夫婦が安心して不妊治療に取り組めるよう、経済的な負担の軽減を目的として、保険適用外の不育症の検査・治療等の費用の一部を助成します。



▲詳細はHPをご確認ください

対象となる治療

2回以上の流産等不育症に関する**保険適用外**の不育症検査及び治療
*入院時の差額ベッド代、食事療養費、文書料、処方箋のよらない薬（サプリメント等）、医療機関以外で受けた治療費等は助成対象外です。

助成額

1年度につき5万円
を上限に助成します

助成の対象となる方

次の要件すべてに該当する方

- 法律上の婚姻または事実婚の関係にある夫婦
- 医師に不育症と診断され、不育症検査・治療を受けた方
- 検査又は治療を受けている期間及び申請日において夫または妻のいずれかが市内に住所を有する方（事実婚の場合は、夫と妻のいずれも市内に住所を有する方）
- 市税の未納がない方
- 助成金の交付を受けようとする不育症検査・治療について他の市区町村の助成等を受けていない方
*茨城県の不育症検査費等助成事業による補助金を受けた場合は、当該補助金の金額を助成対象経費から差し引きます

申請方法

以下の書類と申請者の振込先口座がわかるものをお持ちください。

- (1) ひたちなか市不育症検査・治療費助成申請書兼請求書（様式第1号）
- (2) ひたちなか市不育症検査・治療費助成に係る受診等証明書（様式第2号）
- (3) 医療機関の発行する領収書及び診療報酬明細書（原本）
- (4) 夫婦それぞれの戸籍謄本
（事実婚、夫婦の一方が市外に住所を有する場合）
- (5) 住民票の写し（夫婦の一方が市外に住所を有する場合）
- (6) 申請者及び配偶者の納税証明書（未納がないことの証明）
*申請者及び配偶者の納税状況確認同意書がある場合省略可能。
- (7) 茨城県不育症検査費補助金交付決定及び額の確定通知書
*茨城県の不育症検査費助成事業が対象の方は茨城県の交付決定の後に申請してください。
- (8) 事実婚関係等における申立書（事実婚関係にある場合）（参考様式）

申請期限

治療終了日の年度内

*年度末に検査・治療が終了した場合等で、期限内に申請が困難な場合は、事前にご相談ください。

申請窓口・お問合せ

ひたちなか市子ども家庭センター
（子ども未来課内）
ひたちなか市東石川2丁目10番1号
029-229-1157（直通）

