

# 当麻町不妊治療費助成事業



当麻町では不妊治療を受けているご夫婦の経済的負担を軽減するため、医療保険適用の生殖補助医療(体外受精・顕微授精・男性不妊治療)を行う際に、併用して先進医療を受けた方に対し、先進医療に要した治療費及び交通費の一部を助成します。

※令和6年4月1日以降に開始した医療保険適用の生殖補助医療と併用して、自費で実施された先進医療に係る治療費及び交通費の一部を助成

## ○対象者

次の要件を全て満たしている方

- ① 保険診療として生殖補助医療を受診し、先進医療を登録医療機関で受診している
- ② 夫婦のいずれかが、申請日の1年前から申請日までの間、引き続き当麻町の住所を有する
- ③ 婚姻をしている(事実婚も含む)
- ④ 夫婦のいずれも町税を滞納していない
- ⑤ 他の市区町村で同一の治療に関して助成を受けていない

※対象年齢および助成回数は、医療保険の適用要件と同じです。

<医療保険の適用要件>

	対象年齢	助成回数	
生殖補助医療	保険診療による初回治療開始日の女性の年齢が43歳未満であること	40歳未満	通算6回まで(1子につき)
		40歳以上43歳未満	通算3回まで(1子につき)

## ○対象となる治療

先進医療実施機関として厚生労働大臣へ届出または承認されている医療機関で行われる次の治療

### ●厚生労働省が告示している先進医療

・PICSI	・子宮内フローラ検査
・タイムラプス	・子宮内膜受容期検査(ERPeak)
・子宮内細菌叢検査(EMMA/ALICE)	・二段階胚移植法
・SEET法	・マイクロ流体技術を用いた精子選別
・子宮内膜受容能検査(ERA)	・反復着床不全に対する投薬(タクロリムス)
・子宮内膜スクラッチ	・着床前肺異数性検査(PGT-A)
・IMSI	

※令和5年12月1日現在の情報。  
今後追加される場合がありますので、  
北海道のホームページをご確認ください。

北海道不妊治療等助成事業のご案内



[https://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kms/hunin\\_josei.htm](https://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kms/hunin_josei.htm)

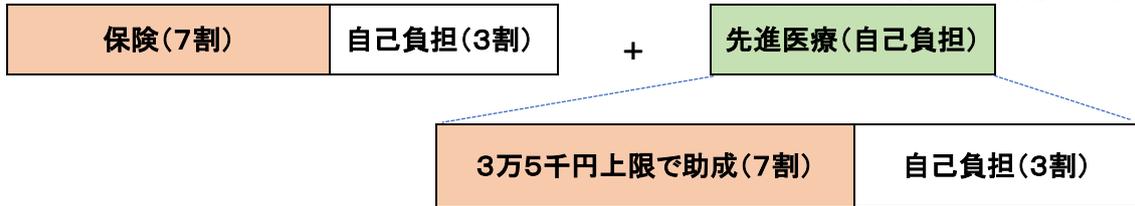
## ○助成金額

<治療費> 1回の生殖補助医療(※)につき、先進医療に要した検査・治療費の10分の7について、上限3万5千円を助成

※採卵準備のための投薬開始から妊娠確認等に至るまでの一連の治療を1回とします。  
(以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施する場合を含む)

限度額の考え方

※先進医療にかかる費用は自己負担 →町で助成



＜交通費＞ 自宅から医療機関まで片道25kmを超える場合は、距離数に応じて設定された補助基準額の3分の2、1回の生殖補助医療につき5回を上限に助成

距離区分 (自宅から医療機関までの片道距離)	補助単価 (往復分)	助成額 (3分の2乗じた額)
25kmを超えて50kmまで	1,430円	953円
50kmを超えて75kmまで	2,450円	1,633円
75kmを超えて100kmまで	3,200円	2,133円
100kmを超えて125kmまで	4,520円	3,013円
125kmを超えて150kmまで	5,150円	3,433円
150kmを超えて175kmまで	5,880円	3,920円
175kmを超えて200kmまで	6,720円	4,480円
200kmを超えて225kmまで	8,080円	5,386円
225kmを超えて250kmまで	8,820円	5,880円
250kmを超えて275kmまで	9,550円	6,366円
275kmを超える	10,180円	6,786円

○申請に必要な書類

	申請書類等	備考
1	当麻町不妊治療費助成事業申請書	・申請の際に窓口でお渡しします。町のホームページからダウンロードすることもできます ・申請者はご夫婦のどちらかです (申請者と振込先名義人を同一にしてください)
2	当麻町不妊治療費助成事業受診証明書	・治療終了後に治療を受けた医療機関へ作成を依頼してください ・作成にかかる文書料は助成の対象になりません
3	先進不妊治療に係る領収書(診療明細書を含む)の写し	今回の治療(2の受診証明書に記載されている治療)の領収書及び明細書が必要です。コピーは返却できません
4	振込口座の通帳の写し	振込先の口座支店名、口座番号が記載されたページをコピーしたものがが必要です
5	本人確認の書類の写し	運転免許証、健康保険証、マイナンバー、パスポートのいずれか
6	戸籍謄本	・夫婦のいずれかが町外に住民登録している方 ※発行後3か月以内のものを提出してください
7	事実婚関係に関する申立書	事実婚関係にある方のみ提出してください

○申請期限

1回の生殖補助医療につき、1回の申請となります。治療が終了した日の属する年度内に申請してください。

※やむを得ず申請期限が間に合わないことが見込まれる場合は、下記 申請先まで必ずご連絡ください。

＜申請・問い合わせ先＞

当麻町役場子育て支援課

〒078-1304 当麻町4条西3丁目3番2号

当麻町子育て総合センター内

電話 0166-84-5440