

東伊豆町不妊・不育症治療費助成金交付事業について

| 対象者 | 申請を行う日の1年以上前から夫又は妻が東伊豆町に居住し、住民票に登録されている夫婦 | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|---|-----|-----|--------|---|------------------|---|--------|------------|--------|---------------------------------------|-------|---|-------------------|-------------------------------------|
| 所得制限 | なし | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象年齢 | なし | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請期間 | 治療のあった日から1年未満 | | | | | | | | | | | | | | |
| 助成期間 | 通算で5年間（年度は連続する必要はありません） | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付内容 | <p>・表1に該当する治療にかかった費用から、県・各医療保険から受けた助成（補助金等）を差し引いた額の1/2（年度あたり上限30万円）</p> <p>・医療機関へかかる交通費（鉄道賃。東伊豆町管内駅から医療機関等の最寄の鉄道駅の往復運賃。夫婦2人の場合は2名分、どちらか一方の場合は1名分）（上限5万円）</p> <p>●表1</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>区 分</th> <th>内 容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>一般不妊治療</td> <td>カウンセリング、問診、その他医師が必要と判断した診療、検査 タイミング法指導、内服薬又は注射薬による薬剤治療及び薬剤</td> </tr> <tr> <td>一般不妊治療 (人工授精)</td> <td>1 事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びH I Vなどの感染症検査費用 2 採精(事前採取も含む。)費用 3 精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料(通常、人工授精施行当日に採取するが、夫の都合により人工授精当日に来院できない場合に限る。) 4 精子の濃縮、精子の洗浄等に要する費用 5 排卵誘発のためのH C G注射 6 精子を子宮内に注入するために要する費用 7 人工授精後、感染予防のため、服用する抗生剤等</td> </tr> <tr> <td>特定不妊治療</td> <td>体外受精及び顕微授精</td> </tr> <tr> <td>男性不妊治療</td> <td>特定不妊治療に至る過程の一環として行われるT E S E、M E S A等</td> </tr> <tr> <td>不育症治療</td> <td>1 抗リン脂質抗体検査（一次スクリーニング） 2 夫婦染色体検査 3 抗リン脂質抗体検査（選択的検査） 4 血栓性素因スクリーニング検査 5 絨毛染色体検査 6 低用量アスピリン療法 7 ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射療法を含む）</td> </tr> <tr> <td>その他医師が特に必要と認める治療等</td> <td>腹腔鏡手術、卵管鏡下卵管形成術、その他不妊治療及び不育症等に要する治療</td> </tr> </tbody> </table> | 区 分 | 内 容 | 一般不妊治療 | カウンセリング、問診、その他医師が必要と判断した診療、検査 タイミング法指導、内服薬又は注射薬による薬剤治療及び薬剤 | 一般不妊治療 (人工授精) | 1 事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びH I Vなどの感染症検査費用 2 採精(事前採取も含む。)費用 3 精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料(通常、人工授精施行当日に採取するが、夫の都合により人工授精当日に来院できない場合に限る。) 4 精子の濃縮、精子の洗浄等に要する費用 5 排卵誘発のためのH C G注射 6 精子を子宮内に注入するために要する費用 7 人工授精後、感染予防のため、服用する抗生剤等 | 特定不妊治療 | 体外受精及び顕微授精 | 男性不妊治療 | 特定不妊治療に至る過程の一環として行われるT E S E、M E S A等 | 不育症治療 | 1 抗リン脂質抗体検査（一次スクリーニング） 2 夫婦染色体検査 3 抗リン脂質抗体検査（選択的検査） 4 血栓性素因スクリーニング検査 5 絨毛染色体検査 6 低用量アスピリン療法 7 ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射療法を含む） | その他医師が特に必要と認める治療等 | 腹腔鏡手術、卵管鏡下卵管形成術、その他不妊治療及び不育症等に要する治療 |
| 区 分 | 内 容 | | | | | | | | | | | | | | |
| 一般不妊治療 | カウンセリング、問診、その他医師が必要と判断した診療、検査 タイミング法指導、内服薬又は注射薬による薬剤治療及び薬剤 | | | | | | | | | | | | | | |
| 一般不妊治療 (人工授精) | 1 事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びH I Vなどの感染症検査費用 2 採精(事前採取も含む。)費用 3 精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料(通常、人工授精施行当日に採取するが、夫の都合により人工授精当日に来院できない場合に限る。) 4 精子の濃縮、精子の洗浄等に要する費用 5 排卵誘発のためのH C G注射 6 精子を子宮内に注入するために要する費用 7 人工授精後、感染予防のため、服用する抗生剤等 | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定不妊治療 | 体外受精及び顕微授精 | | | | | | | | | | | | | | |
| 男性不妊治療 | 特定不妊治療に至る過程の一環として行われるT E S E、M E S A等 | | | | | | | | | | | | | | |
| 不育症治療 | 1 抗リン脂質抗体検査（一次スクリーニング） 2 夫婦染色体検査 3 抗リン脂質抗体検査（選択的検査） 4 血栓性素因スクリーニング検査 5 絨毛染色体検査 6 低用量アスピリン療法 7 ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射療法を含む） | | | | | | | | | | | | | | |
| その他医師が特に必要と認める治療等 | 腹腔鏡手術、卵管鏡下卵管形成術、その他不妊治療及び不育症等に要する治療 | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|-----------|---|
| | <p>※県助成、その他健康保険組合助成の申請を先に行ってください。</p> <p><u>※次の費用は対象になりませんのでご注意ください。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>不妊症・不育症診断前の検査の費用</u> ・ <u>妊娠判定の費用</u> ・ <u>申請に関わる書類の手数料・証明料等</u> ・ <u>その他、食事代等治療に直接関係のない費用</u> |
| 申請時に必要な書類 | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 「東伊豆町不妊・不育症治療費助成金交付申請書」 <input type="checkbox"/> 「不妊・不育症治療証明書」人工授精を受けた方は金額の記載も必要 <input type="checkbox"/> 夫及び妻の住民票の写し <input type="checkbox"/> 夫婦の戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書（外国籍の方は住民票謄本） <input type="checkbox"/> 治療に要した費用の領収書の原本（病院名と領収印、治療の内容が明記されたもの）その他支払いを証する書類 <input type="checkbox"/> 交通費の明細がわかる書類 <input type="checkbox"/> （県補助金を受けた方）その額を確認することができる書類 <input type="checkbox"/> 印鑑 ● 人工授精による不妊治療または不育症治療を受けた方 <input type="checkbox"/> 夫及び妻の所得証明書等 <input type="checkbox"/> （申請をする年度の1月1日以降に転入された方）前住所地の夫婦の所得証明書 <p>※特定不妊治療（体外受精・顕微授精・凍結胚移植）を受けた場合、静岡県助成制度の該当になる場合があります。該当になる方は、県での手続きを先に行ってください。県での申請をした場合、補助金の決定通知が送付されるまでに2ヶ月程かかります。早めの申請をお願いいたします。</p> <p>（問合せ：賀茂健康福祉センター 福祉課 TEL0558-24-2055）</p> <p>※その他当該治療への給付金などの証明書（宛名・金額を証明するもの）</p> <p>ご加入の健康保険組合から不妊治療費助成制度がある場合があります。該当になる方はそちらの申請を先におこなってください。</p> |
| その他 | お子さんの有無や人数には制限ありません。 |
| 問合せ | 東伊豆町健康づくり課 保健予防係 TEL 0557-22-2300（保健福祉センター） |