

# 令和7年度 三春町不妊治療費助成事業のお知らせ

三春町では、不妊治療のうち、高額な医療費がかかる体外受精及び顕微授精を受けるご夫婦の経済的負担を軽減するため、治療費の一部を助成しています。

◆対象となる方◆

次の要件をいずれも満たしている方が対象になります。

- ①指定医療機関において生殖補助医療を受けた方、および併せて男性不妊治療（精子を精巣または精巣上体から採取するための手術）をおこなった方
- ②法律上の婚姻をしている夫婦であること（事実婚夫婦も該当）。
- ③夫婦のいずれか一方が町内に住民登録している方。
- ④夫婦に町税の滞納がない方。

◆助成の対象となる治療内容◆

	保険適用	保険適用外	三春町
不妊治療	<b>A 生殖補助医療 (保険適用)</b> <small>妻の年齢：43歳未満 回数：妻40歳未満 6回まで 妻40～43歳 3回まで</small>		上限 10万円
		<b>A 生殖補助医療 (保険適用)</b> + <b>B 保険適用外の検査や治療</b>  ※ 混合診療は禁止されているため、1回の治療全てが保険適用外となる	県補助金を除いて自己負担分の上 限10万円
	<b>A 生殖補助医療 (保険適用)</b>	<b>C 先進医療 (保険適用外)</b>  併用可能な治療	
		<b>D 生殖補助医療 (回数・年齢制限により保険適用外)</b> <small>妻の年齢：43歳以上 回数：40歳未満6回以上、40歳以上43歳未満3回以上</small>  <div style="border: 2px solid orange; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>A' 生殖補助医療 (保険適用外)</b> + <b>B 保険適用外の検査や治療</b> </div> <div style="border: 2px solid orange; padding: 5px;"> <b>A' 生殖補助医療 (保険適用外)</b> + <b>C 先進医療 (保険適用外)</b> </div>	

#### ◆助成申請期限◆

原則として、治療が終了した年度内に手続きをお願いします。

申請期限までに手続きができない場合には、問い合わせ先までご連絡ください。

#### ◆必要書類◆

- ①三春町不妊症治療費助成申請書（様式第1号）
- ②三春町不妊症治療受診等証明書（医療機関用）（様式第1号の2）、三春町不妊症治療受診等証明書（調剤薬局用）（様式第1号の3）
- ③医療機関発行の領収書及び明細書の写し
- ④法律上の婚姻関係、又は事実婚にあることを証明できる書類（様式第5号）
- ⑤住所を確認することができる書類
- ⑥町税の滞納がないことを確認することができる書類
- ⑦福島県不妊治療支援事業承認決定通知書の写し
- ⑧口座振込みのための申請者名義の通帳の写し
- ⑨事実婚関係に関する申立書（該当する方のみ）

※④・⑤・⑥の書類については、「申請書の同意欄」において、町が確認・照会することに同意している場合には省略することができます。

※なお、県の助成事業を先に申請してください。県制度による給付額を控除した額が助成対象費用になります。

#### ◆申請&お問合せ◆

三春町役場子育て支援課子育て支援グループ

TEL：0247-62-0055

FAX：0247-62-3232