

阿賀町不育症治療費助成事業(令和5年4月開始)

阿賀町では、不育症治療にかかる経済的な負担を軽減するために、自己負担額に対して助成を行います。

1. 対象となる方

不育症治療を受け、次の全てに該当する方を対象とします。

- 申請日において、法律上の婚姻をしている夫婦又は事実上の婚姻関係にある夫婦
- 申請日と受療日において、阿賀町に住所がある
- 医療保険の被保険者または被扶養者
- 町税等に未納がない

2. 助成対象治療

医師が必要と認めた不育症治療および検査 ※令和5年4月1日以降に行われた治療・検査が対象

- 保険対象内治療、保険対象外治療どちらも対象とします。

3. 助成額

助成対象治療にかかる費用の自己負担額全額（1年度あたり上限10万円 通算5年度まで）

※入院時の差額ベッド代、食事料、病衣使用代、文書料、処方箋によらない医薬品等の費用、治療に至らなかった場合の検査費用、その他治療に関係のない費用は対象外です。

※「新潟県不育症検査費用助成事業」等の助成対象となる場合や高額療養費等の給付対象の場合は、助成額を控除した自己負担額を対象とします。

※母子健康手帳交付日の翌月以降の保険診療費の一部負担金は「阿賀町妊産婦医療費助成」の対象とします。

4. 申請方法

下記の書類を揃え、医師が認めた治療期間終了日から6か月以内に、こども・健康推進課こども係へ申請してください。

- ①阿賀町不育症治療費助成申請書
- ②阿賀町不育症治療受診等証明書
- ③不育症治療を受けた医療機関等が発行する領収書及び診療明細書(原本)
- ④保険証の写し

※事実婚関係の場合は、両人の戸籍謄本、事実婚関係に関する申立書

※外国籍を有する者にあつては、外国人登録原票記載事項証明書

※国又は他の地方公共団体の助成を受けた場合は、その決定通知書の写し

※高額療養費に該当する場合は、高額療養費等支給決定通知書

※新潟県不育症検査費用助成事業を利用された場合、検査費用、助成額がわかる書類

【お問い合わせ】 こども・健康推進課 こども係 TEL 0254-92-5762