

# 指宿市特定不妊治療費助成制度のご案内

## 目的

指宿市では、少子化対策の一環として、体外受精及び顕微授精による不妊治療を受けている夫婦に対し、当該治療に要する費用の一部を助成することにより、不妊に悩むご夫婦の精神的負担と経済的負担の軽減を図り、子どもを産み育てやすい環境づくりに努めます。

## 対象者

法律上の婚姻をしている夫婦又は事実上の婚姻関係の夫婦で次のすべてに該当するもの。

- ① 夫もしくは妻のいずれか一方又は両方が、指宿市に1年以上住所を有していること。
- ② 特定不妊治療以外に妊娠の見込みがないか極めて少ないと医師に診断された夫婦であること。
- ③ 鹿児島県不妊治療費助成事業の承認決定を受けた夫婦であること。（男性不妊治療を除く）
- ④ 治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満であること。
- ⑤ 市税等の滞納がない夫婦であること。

## 申請に必要な書類

- ① 特定不妊治療費助成事業申請書「第1号様式」（保健センター窓口にあります。）
  - ② 県要綱第7条第1号イの不妊治療費助成事業受診等証明書（県への提出書類の写し可）
  - ③ 県要綱第7条第2号イの不妊治療費助成事業承認決定通知書（県への提出書類の写し可）
  - ④ 夫婦であることを証明できるア又はイに掲げるいずれかの書類（県への提出書類の写し可）
    - ア 法律婚の場合
      - (ア) 夫婦同一世帯のときは、世帯全員の住民票（続柄の記載のあるもの）の写し
      - (イ) 夫婦別世帯のときは、世帯全員の住民票及び戸籍謄本の写し
    - イ 事実婚の場合
      - (ア) 二人の住民票の写し
      - (イ) 二人の戸籍謄本の写し
      - (ウ) 事実婚関係に関する申立書「第2号様式」
  - ⑤ 治療に要した領収書の写し
  - ⑥ 特定不妊治療費助成金請求書「第5号様式」

\* 請求者欄と振込先のみ記入。日付け等は空欄でお願いします。
  - ⑧ 振込先通帳の写し（通帳を開いて1ページ目のコピー）
- ※当該治療の終了した日の翌日から1年以内に行わなければならない。

## 助成金の額等

鹿児島県の不妊治療費助成事業の承認を受けた治療費から、鹿児島県の不妊治療費助成事業により交付を受けた額を控除した金額。

ただし、助成金の1回の限度額は10万円。

※男性不妊治療については助成対象となりません。

### 【お問い合わせ先】

健康増進課 指宿保健センター  
(0993) 22-2111 (内線281)