

生殖補助医療費助成制度

雲南市では、不妊治療を受けようとするご夫婦の精神的・経済的負担の軽減を図ることを目的として、生殖補助医療（体外受精・顕微授精）にかかる費用を一部助成する事業を行います。

制度について

対象者

次の要件をすべて満たす夫婦

- ・ 法律上の婚姻関係（事実婚含む）であって、夫婦もしくは夫婦のいずれかが市内に住所を有していること
- ・ 夫または妻が医療保険各法による医療保険の被保険者、組合員または被扶養者であること
- ・ 産婦人科において生殖補助医療を受けた者であること
- ・ 市税を滞納していないこと

助成内容

診療の種類	助成額	対象（回数）
保険診療	治療費の自己負担額の	※1 子ごとに 40 歳未満（通算 6 回） 40～43 歳未満（通算 3 回）
保険診療と先進医療の併用	1/2 <u>上限 15 万円/回</u>	
保険外診療	治療費の自己負担額の 1/2 <u>上限 30 万円/回</u>	

申請方法

治療終了後に下記のものを市役所こども家庭支援課まで持参または郵送してください。なお、申請は治療終了日（医療機関証明書の治療終了日）から起算して 1 年以内に申請してください。

- ① 生殖補助医療費助成金交付申請書
 - ② 医療機関証明書
 - ③ 医療機関が発行した特定不妊治療費に関わる領収書及び明細書（原本）
 - ④ 戸籍抄本または外国人登録原票記載事項証明書
 - ⑤ 健康保険証の写し
- 以下、必要な方のみ
- ⑥ 島根県に提出した島根県不妊治療＜先進医療＞費助成事業受診等証明書（写し）
 - ⑦ 島根県が発行した島根県不妊治療＜先進医療＞費助成事業承認決定通知書（原本）
 - ⑧ 事実婚関係に関する申立書、母子健康手帳の写し

※①②については様式がホームページ、市役所にあります。まずは一度お問い合わせください。

～お問い合わせ・申請窓口～

〒699-1392 雲南市木次町里方521-1 雲南市役所こども家庭支援課

電話：0854-40-1047 E-mail：kodomokateishien@city.unnan.shimane.jp