天草市生殖補助医療費助成事業について

～生殖補助医療費を助成します～

天草市では、不妊治療を実施するご夫婦の経済的負担を軽減するため、生殖補助医療（体外受精、顕微授精、男性不妊治療）以外では妊娠が難しいと医師に診断された夫婦を対象に、保険が適用される生殖補助医療費の一部を助成します。

1 対象者

次の要件を全て満たす方が対象となります。

- ①夫婦のいずれか一方が、生殖補助医療を実施する医療機関のうちの医師に生殖補助医療以外の方法によっては妊娠の見込みがないか若しくは極めて少ないと診断されていること。
- ②医療保険が適用される生殖補助医療を実施した夫婦であること。ただし、次のア又はイに掲げるものを除く。
 - ア 夫婦以外の第三者からの精子、卵子又は胚の提供によるもの。
 - イ 夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠し、及び出産するもの。
- ③夫婦のいずれか一方が天草市に住所があること
- ④同一治療期間において、他の市町村の助成を受けていないこと
- ⑤夫婦の属する世帯全員が市税を滞納していないこと

2 助成内容

(1) 助成額

生殖補助医療に係る助成金の額は、助成対象者が負担した本人負担額（医療保険各法に基づく本人負担額）とする。また、その他の助成制度を受けた場合にはその助成金の額を控除した額とする。ただし、次のとおり限度額を設ける。

生殖補助医療 1回につき上限額10万円

(2) 助成回数

助成の回数は、保険適用となる生殖補助医療に準ずる。

年齢40歳未満 通算6回 年齢40歳から43歳未満 通算3回

3 申請に必要な書類

- ① 天草市生殖補助医療費助成事業申請（請求）書
- ② 生殖補助医療費助成事業受診等証明書
※不妊治療の薬代や提携医療機関分は、領収書（明細書含む）を持参のうえ、主治医に相談ください。
- ③ 生殖補助医療費に係る領収書の写し（高額療養費が支給される月の領収書も持参）
- ④ 戸籍謄本又は抄本（申請日以前1月以内のもの）
※夫婦のいずれとも天草市に住所があり、かつ、同一世帯の場合は省略することができます。
- ⑤ 天草市不妊治療費助成事業事実婚関係に関する申立書（事実婚の場合）
- ⑥ 高額療養費（不）支給決定通知書 ※1カ月の医療費が21,000円以上の場合に必要
- ⑦ 申請者の通帳 ⑧ 印鑑

4 申請期限

1回の治療が終了した月の翌月から1年以内に、市（各センター）へ申請してください。
（例えば、4月に1回の治療が終了した場合は、翌年の4月末までとなります。）

5 申請書の提出先及び問い合わせ先

各センター	所在地	電話番号
天草市こども家庭センター	天草市浄南町4番15号	0969-22-0404
天草西保健福祉センター	天草市河浦町白木河内223番地11	0969-75-3301

6 不妊専門相談 熊本県女性相談センター（熊本県福祉総合相談所内）

電話：096-381-4340

住所：熊本市長嶺南2丁目3番3号

天草市では、一般不妊治療費（人工授精）の助成も行っています。

詳細については“一般不妊治療費を助成します”のチラシをご覧ください。