令和７年度用

不育症治療費の助成について

◆ 助成金額

１年度につき１回　２０万円

◆ 対象治療費

医療保険適用または、適用外の不育症治療費のうち、自己負担分を助成します。
先進医療として国が告示している不育症検査は、山口県不育症検査費助成事業の対象となるため、除外します。
入院時の差額ベッド代、食事代など直接治療に関係のない費用は含みません。

◆ 対象者

① 医師から不育症と診断を受けていること
② 法律上の夫婦であること。
③ 夫または、妻が市内に住民票を有すること。
④ 夫妻のいずれもが、医療保険各法の被保険者であること。（所得制限はありません。）

◆ 助成期間

通算５回

◆ 申請期限

令和８年３月３１日（火）まで（治療の終了した日の属する年度内に申請してください。）

令和８年３月に治療を受けた方で、申請期限に間に合わない可能性がある場合は事前にご連絡ください。

◆ 申請窓口

下松市こども家庭課　（ 下松市中央町 21 番１号　 文化健康センター２階）

☎ 0833-41-1022

◆ 申請に必要なもの

□	（１）	申請書	記入例を参考に記入してください。
□	（２）	医療機関等証明書	医療機関または薬局に記入を依頼してください。
□	（３）	領収書（原本）	医療機関等証明書に記載された診療期間と領収額が合致する領収書を持参してください。
□	（４）	夫婦であることを証明できる書類 （１カ月以内に発行されたもの）	住民票（続柄が記載された世帯全員のもの） ※ 個人番号（マイナンバー）の記載は必要ありません。 ※ 夫婦のうち、いずれかが市外に在住の場合は、夫婦の住民票に加え、戸籍謄本が必要です。

【注意事項】他の不妊・不育症治療費助成事業と同時に申請し、（４）の書類を添付している場合は、（４）の書類は省略できます。

別記第１号様式（第５条関係）

記 入 例

下松市不育症治療費助成金交付申請書

下松市長　　様

年　　月　　日

下松市不育症治療費助成金の交付について、次のとおり申請します。

申請者（夫婦それぞれの記名が必要です。）

夫の氏名	ふりがな（　　）	生年月日	年　　月　　日（　　歳）
住所	〒 電話　　（　　）		
妻の氏名	ふりがな（　　）	生年月日	年　　月　　日（　　歳）
住所 （※）	〒 この欄は、夫妻の住所が異なる場合は、記入してください 電話　　（　　）		

（※）には、夫婦の住所が異なる場合（単身赴任等）に記入してください。

過去に下松市から不育症治療費助成金の交付を受けたことがありますか。

□　受けたことがある。＿＿＿＿＿＿回目（通算５回まで）

□　受けたことがない

この欄は提出時に職員の確認を受けて記入してください。

医療保険各法の規定による不育症治療費給付額 金＿＿＿＿＿＿＿＿円	申請金額 金＿＿＿＿＿＿＿＿円

振込先	金融機関名	銀行 金庫 組合	普通 ・ 当座	支店・支所 本店・本所 出張所								
	フリガナ		口座番号									
	口座名義											

ゆうちょ銀行を指定する場合は、支店名にご注意ください。

（添付書類）

1　不育症治療費医療機関証明書
2　不育症治療費調剤証明書（保険薬局で投薬を受けた方
3　法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる
4　医療機関の発行する領収書