

一般不妊治療費の助成について



◆ 助成金額

1年度あたり3万円以内

◆ 対象治療費

医療保険適用の不妊治療費のうち、自己負担分を助成します。

ただし、人工授精、体外受精及び顕微授精（精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術を含む）を除く。

◆ 対象者

- ① 法律上の夫婦であること。
- ② 夫または、妻が市内に住民票を有すること。
- ③ 夫妻のいずれもが、医療保険各法の被保険者であること。

◆ 助成期間

通算5年（3年目以降は、医師が必要と判断したものに限り）

◆ 申請期限

令和8年3月31日（火）まで（治療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

<input type="checkbox"/>	(1) 申請書	記入例を参考に記入してください。
<input type="checkbox"/>	(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。 (医療機関の証明書は必須)
<input type="checkbox"/>	(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。
<input type="checkbox"/>	(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。
<input type="checkbox"/>	(5) 課税証明書（所得額を証明する書類）	夫および妻、各1枚ずつ必要です。 ・所得が0円の場合も必要です。 ・1月1日時点の住民票所在地の自治体で発行されます。 【下松市の発行窓口】市役所1階 税務課収納対策係2番窓口 ・申請時に取得できる最新のものをご取得ください。

【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)、(5)の書類を添付している場合は、(4)、(5)の書類は省略できます。

一般不妊治療費助成事業申請書

下松市長 様

年 月 日

関係書類を添えて下松市一般不妊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 () 押印は不要です	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒 () 電話 ()		
妻の氏名	ふりがな () 押印は不要です	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。

過去に山口県内自治体（下松市を含む）から一般不妊治療費の助成を受けたことがありますか。
 受けたことがある。 受けたことがない。

助成金を受けた時期	年 月	年 月	年 月
助成金額 (円)	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一般不妊治療費給付額	申請金額
金 円	金 円

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

(添付書類)

- 1 一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書
- 2 保険薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明書と処方せんと申請書を提出してください。
- 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書類（1か月以内に発行されたもの）
- 4 児童手当法施行令による控除が確認できる所得証明書
- 5 医療機関の発行する領収書
- 6 住民票など住所を確認できるもの

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。