

# 安城市生殖補助医療費助成制度のご案内

## <制度の概要>

対象者	医師に生殖補助医療が必要と認められ、今回希望する妊娠の治療開始日において妻の年齢が43歳未満であり、生殖補助医療の期間中に①または②である方。 ① 法律上のご夫婦でどちらかが安城市に住民登録のある方 ② 安城市に住民登録があり、同一世帯で事実上婚姻関係にある男女
対象治療等	採卵、採精、体外受精、顕微授精、胚移植等の保険適用された生殖補助医療 (令和6年4月1日以後の診療分)
対象費用	・保険診療で行う生殖補助医療に要する費用の自己負担額 ・申請書類「安城市生殖補助医療費に係る受診等証明書」に係る文書料 ※保険適用外の治療費用や治療に直接関係のない費用(ベッド差額、食費等)は対象外です。 ※高額療養費や付加給付金により助成された金額分は除きます。
支給額	自己負担額の2分の1(1夫婦1クール(採卵採精から妊娠確認まで)につき、上限額20万円) ※1,000円未満は切り捨て。
助成回数	1子ごとに、初回の生殖補助医療を開始した妻の年齢が、 40歳未満の場合…6回まで / 40歳以上の場合…3回まで

<申請期間> 書類に不備がある場合は受付できませんので、お早めに申請ください。

### 治療1クール終了日の属する月の末日から6か月以内

※「1クール終了日」…妊娠判定日。治療を中断した場合は1回あたりの治療期間の最終日。

※申請期限日が土日祝の場合は、直前の平日までが申請期限となります。

<申請書類・持ち物> ※申請書類は市ウェブサイトからダウンロードできます。

① **安城市生殖補助医療費助成金支給申請書** ※裏面の記入見本を確認し、ご記入ください。

申請者氏名は、ご夫婦どちらか一方の名前を記入してください。

申請者と口座名義人は同一でお願いします。(異なる場合は委任状の記入が必要です(押印必要))

② **安城市生殖補助医療費助成金支給に関する同意書**

本人が手書きしない場合は押印してください。(スタンプ印不可)

③ **安城市生殖補助医療費助成に係る受診等証明書** ※医療機関での証明書発行に時間を要する場合があります

④ **高額療養費または付加給付額等がわかる書類** (助成を受けた場合または受ける場合のみ)

(例) 高額療養費支給決定通知書、給付金支給決定通知書

⑤ **印鑑** (申請書等に押印された場合または委任状の記入が必要な場合のみ)

⑥ 事実上の婚姻関係にある方は、**事実上婚姻関係にあることの申立書**

※下記ア～ウのいずれかの方は、安城市にて法律上の夫婦であることや住所の確認ができないため、下記書類の提出をお願いします。

ア 夫婦のいずれかまたは両方の住民登録が市外の場合 → **戸籍謄本**、**市外の方の住民票**

イ 夫婦の住民登録が市内で異なる場合 → **戸籍謄本**

ウ 事実上の婚姻関係にある場合 → **それぞれの戸籍謄本**

## <申請方法>

安城市保健センターへ持参または郵送(申請期日必着)

申請場所・問い合わせ先：安城市保健センター 健診係

〒446-0045 安城市横山町下毛賀知 106 番地 1 TEL (0566) 76-1133 FAX (0566) 77-1103

◆愛知県不妊・不育専門相談センターの相談窓口◆

**相談無料**

愛知県では、専門医師やカウンセラーなどの専門家による不妊や不育について、電話や面接による相談を行っています。一人で悩まず、ご相談ください。

