

令和7年度

伊豆の国市 不妊・不育症治療費助成金交付制度のご案内

この制度は、不妊・不育症治療に要する費用の一部を助成し、治療にかかる経済的負担を軽減することを目的としています。

◆対象となる方（次の条件をすべて満たす方）

	条 件	備 考
①	法律上婚姻している夫婦または事実上婚姻関係にある男女（以下、夫婦という）	
②	夫婦の両方、又は一方が不妊・不育症治療を開始する日において、1年以上伊豆の国市に住民登録されていること	住民登録をして1年以上経過していない方は、1年以上経過した日から申請できます。また、その日からの治療費が対象となります。
③	初診日から ^(注1) 、実績報告書を提出するまでの間において、引き続き本市に住民登録されていること (注1)初診日とは、申請をした年度の一番初めの受診日をいいます。伊豆の国市民になって1年以上経過していない人は、1年以上経過した日以降の一番初めの受診日をいいます。	転出する場合は、必ず転出前に実績報告書を提出してください。 転出前の診療分であっても、転出後の申請は受け付けることができません。
④	夫婦のいずれもが、医療保険の被保険者又は被扶養者であること	
⑤	不妊・不育症治療に対する補助を、静岡県の助成制度を除いたその他の地方公共団体から受けていないこと	※静岡県の助成制度を申請する方 実績報告の提出は、県の助成申請手続きをした後で、市の申請をしてください。 実績報告提出時に、領収書と県助成申請書類の確認をします。ご持参ください。

◆助成の内容

① 助成金の額

1年度^(注2)あたり、支払った治療費から高額療養費等を差し引いた額の10分の7以内（1円未満の端数は切り上げた額）を助成します。上限は10万円です。

※静岡県の助成制度もあわせて申請されている方は、静岡県から助成された額を差し引かせていただきます。

^(注2)1年度とは、4月1日から、翌年の3月31日までの1年間をいいます。

② 助成の回数

1年度につき1回の助成です。 ※ 年度ごとの申請が必要です。

③ 助成の期間

通算5年度分を助成します。

◆対象となる治療

- ・一般不妊治療（タイミング法、排卵誘発法、薬物療法、人工授精など）
- ・特定不妊治療（体外受精、顕微授精など）
- ・治療の一環として行われる検査
- ・不妊・不育症原因を調べるために検査
- ・院外処方による調剤費

※夫婦両方の治療費が対象です。

※保険診療適用外も保険診療適用の自己負担分も補助の対象です。

※入院費、食事代、文書料等不妊・不育症治療に直接関係のない費用は対象外です。

◆申請に必要な書類など

- 不妊・不育症治療費助成金交付申請書（様式第1号）
- 夫婦の戸籍謄本または戸籍の全部事項証明書
　　外国籍の方は、住民票又は公の機関が発行した書類
- 同意書（様式第2号）

【該当する方のみ】

- 事実婚関係に関する申立書（様式第3号）

◆申請方法及び提出期限

治療を受ける年度に、申請に必要な書類を健康づくり課へ提出してください。

交付申請書（様式1）・実績報告書・医療機関の受診証明書・領収書の提出期限は、
令和8年3月31日（火）までです。

継続して助成金の交付を希望する場合でも、年度ごとの申請が必要です。

※手続きに時間がかかる場合があります。

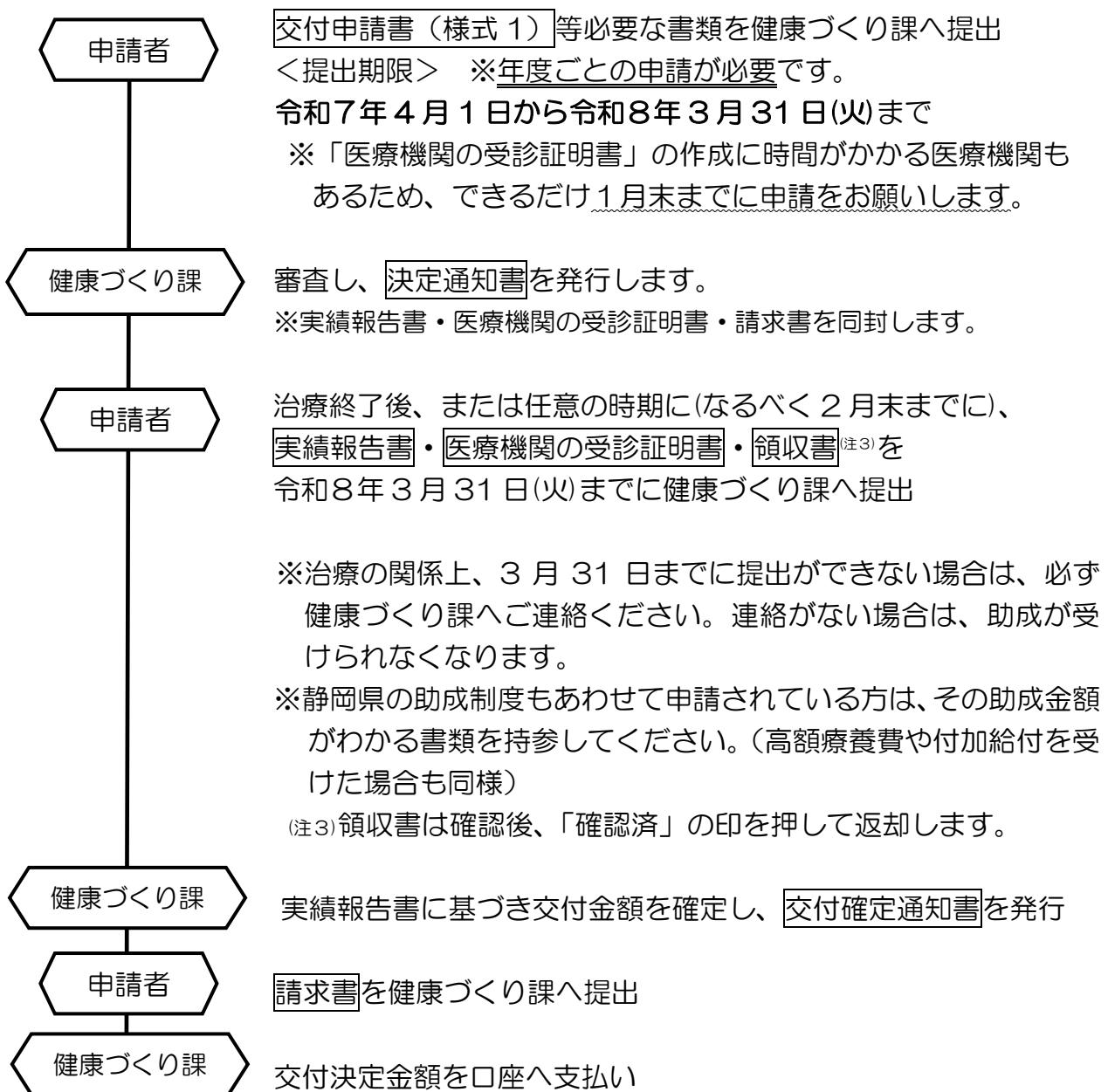
※治療を開始したら、なるべく早めに交付の申請をしてください。

◆助成金交付までの流れ

※事前にご加入の医療保険者に限度額適用認定証の申請を行ってから、医療機関に限度額認定証を提示して受診してください。

マイナンバーカードを健康保険証として利用できる医療機関では、「限度額適用認定証」がなくても、限度額を超える支払いが免除されます。

詳しくは、ご加入の医療保険者にお問い合わせください。



◆問合せ先

伊豆の国市役所 薙山福祉・保健センター 健康づくり課 母子保健係

〒410-2123 伊豆の国市四日町 302-1 電話 055-949-6820

※助成金の交付を受けた年度終了後、5年間は領収書等関係書類を保管してください。

◆書き方見本

① 不妊・不育症治療費助成金交付申請書（様式第1号）

様式第1号 (用紙 日本工業規格 A4縦形)

成金交付申請書

健康づくり課に提出する日を記入
年 月 日

ご夫婦のどちらでも可(ただし、市民になって1年以上経過している方)
実績報告書の氏名、請求書の氏名、振込先はすべて申請者の方になります。

伊 申 申請する年度を記入 住 所
申請者 氏 名 電話番号 ()

令和7年度において、不妊・不育症治療を実施したいので、助成金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

- 不妊・不育症治療を受ける夫婦の氏名及び生年月日

氏名 (ふりがな)		生年月日
夫		年 月 日
妻		年 月 日

- 市への申請回数(不妊・不育症治療通算)

回目	申請歴(年度)	何回目の申請か記入 ※初めての場合は1回目
----	---------	--------------------------

- 他市町での不妊・不育症治療費助成有無

過去に、不妊・不育症治療費助成を受けたことが	ある	ない
過去に受けた場合 受けた自治体(市町)	どちらかに○	
受けた時期	年	月頃

- 県補助金について

申請する予定が	ある	ない	医療機関の名称と、その住所を記入 (複数ある場合はすべての医療機関を記入)
---------	----	----	--

- 受診しようとする医療機関の名称及び所在地

医療機関の名称
医療機関の所在地

- 加入医療保険について

夫	【種別】市町村国保・組合国保・健保・共済・その他()
	【保険者番号】() 【区分】本人・被扶養者
妻	【種別】市町村国保・組合国保・健保・共済・その他()
	【保険者番号】() 【区分】本人・被扶養者

② 同意書（様式第2号）

同 意 書	令和 年 月 日
ご夫婦それぞれ自書して ください。	住 所
	夫 氏 名
	妻 住 所
	氏 名