

浅川町不妊治療費等助成事業のお知らせ

浅川町では、不妊治療を受ける夫婦の負担を軽減するため、令和6年4月1日以降分の不妊症検査及び不妊治療の費用の一部を助成します。

◆対象となる方（①～⑤すべてに該当する方）

- ①医療機関において不妊症と診断され、医師の診断に基づいて不妊症の治療を受けている方
- ②申請日時点で夫婦のどちらか一方が1年以上浅川町に住所を有している方
- ③治療又は検査期間の初日の妻の年齢が43歳未満の方
- ④今回の治療又は検査について、ほかの自治体で助成を受けていない方
- ⑤申請者が所属する世帯で浅川町税等の滞納がない方

◆助成内容及び助成額

助成内容 不妊症の検査料及び治療費として自己負担した金額です。

助成額 1年度につき25万円を上限に助成します。

*以下は、助成の対象額に含みません。

- ・入院室料、室料差額等入院に関する費用、食事療養費、文書料等の直接治療に関係しない費用
- ・福島県不妊治療支援事業助成金による助成が受けられる治療については、県の事業を優先とします。
- ・夫婦以外の第三者の精子・卵子等を用いた生殖補助医療、代理母及び借り腹によるもの

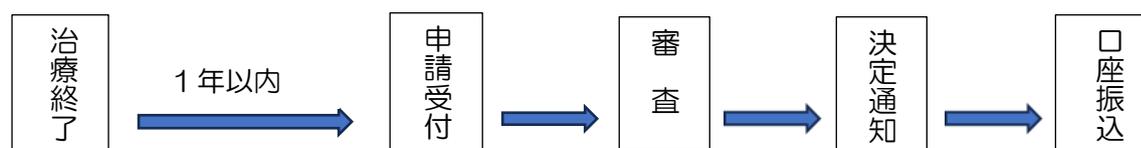
◆申請に必要な書類

- ①浅川町不妊治療費等助成金交付申請書（様式第1号）
 - ②浅川町不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）
 - ③法律上の婚姻関係にあることを証明できる書類
 - ④住民票等住所が確認できる書類
 - ⑤町税の滞納がないことを確認することができる書類
 - ⑥福島県特定不妊治療費助成事業決定通知書（該当する方のみ）
- *その他、必要に応じ、確認書類の提出を求める場合があります。

◆申請の期限

不妊治療が終了した日の翌日から1年以内に申請が必要です。

◆申請の流れ



申請窓口・不明な点の問い合わせ先

浅川町保健センター

住所：〒963-6204 浅川町大字浅川大明塚 114-28

電話番号：0247-36-4722