

R7年度大村市 不妊治療費助成事業のご案内

大村市では、不妊治療を受けたご夫婦の経済的な負担を軽減するために、治療費の一部を助成します。

I 対象となる治療と助成内容

令和7年4月1日以降に開始した、次の治療が対象です。

(1) 保険診療として受けた一般不妊治療・検査

保険適用の一般不妊治療・検査にかかった費用の自己負担額(高額療養費制度またはその他の医療費軽減制度の対象となる場合は、制度適用後の自己負担額)に対し、1年度につき5万円を上限に助成

(2) 保険診療として受けた生殖補助医療

保険適用の生殖補助医療にかかった費用の自己負担額(高額療養費制度またはその他の医療費軽減制度の対象となる場合は、制度適用後の自己負担額)に対し、1年度につき15万円を上限に助成

(3) 保険診療と併せて実施した先進医療

長崎県不妊治療費助成(先進医療)事業から助成された額を除く自己負担額に対して、1回につき5万円を上限に助成

※長崎県が実施する不妊治療費助成事業(先進医療)の決定を受ける必要があります。

長崎県不妊治療費助成金(先進医療)について、詳しくは長崎県こども家庭課
(095-895-2442)へお問い合わせください。

※次の費用は、助成の対象となりません。

- ・夫婦以外の第三者からの精子、卵子又は胚の提供による不妊治療
- ・夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法により注入して行う不妊治療
- ・夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚を妻以外の第三者の子宮に注入して行う不妊治療
- ・入院時の差額ベッド代、食事代、文書料などの費用

2 対象となる方

次のすべてにあてはまる方が対象です。

- (1)治療を受けた日から継続して市内に住所を有していること。
- (2)治療開始日において法律上の婚姻(婚姻の届出をしないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者その他婚姻の予定者含む)をしていること。
- (3)医師から不妊症と診断され、不妊治療等を受けた者であること。
- (4)不妊治療の治療開始日における妻の年齢が43歳未満であること。
- (5)医療保険各法で定める保険制度のいずれかに加入していること。
- (6)市税を滞納していないこと。
- (7)他の市区町村等で実施している同様の事業の助成を受けていないこと。
- (8)長崎県不妊治療費助成(先進医療)事業の承認決定を受けていること(先進医療の申請者に限ります)

3 申請期間

治療が終了した日（先進医療の申請者は交付決定日）の属する年度末（3月31日）まで。
※年度内の治療について、書類が揃っていない場合も、必ず年度末（3月31日）までに窓口で「大村市不妊治療費助成金申請書兼請求書（様式第1号）」を提出いただきますようお願いします。

4 申請方法

(1)電子申請

右QRコードから申請してください。（「大村市不妊治療費助成事業」と検索）

※申請内容について電話で確認させてもらうことがあります。



(2)窓口

※確認に時間を要します。複数回の来所が必要です。

(3)郵送（郵送にかかる費用は自己負担です）

あて先：856-0832 大村市本町413-2 大村市こども家庭課 不妊治療担当

※確認に時間を要します。複数回の郵送が必要です。

5 必要書類

次の書類を添えて大村市こども家庭課に助成の申請をしてください。

様式については、ホームページ「大村市不妊症・不育症治療費助成制度」の必要書類からダウンロードしてください。

| 種別 | <input checked="" type="checkbox"/> | 添付書類 |
|-------------------|-------------------------------------|---|
| 共通 | <input type="checkbox"/> | 大村市不妊治療費助成金申請書兼請求書（様式第1号）※印鑑必要 |
| | <input type="checkbox"/> | 振込先の口座情報 (金融機関名・支店・口座番号・口座名義人)が分かるものの写し |
| 一般不妊治療及び生殖補助医療の場合 | <input type="checkbox"/> | 大村市不妊治療費助成事業に係る受診等証明書（様式第2号） <u>※文書料は自己負担（助成対象外）となります。</u> <u>文書料は各医療機関にお問い合わせください。</u> |
| | <input type="checkbox"/> | 助成対象経費に係る領収書その他支出を証する書類又はその写し |
| | <input type="checkbox"/> | （高額療養費・付加給付金等の給付を受けた場合） 給付額が確認できる書類の写し |
| 先進医療の場合 | <input type="checkbox"/> | 長崎県不妊治療費助成事業受診等証明書の写し |
| | <input type="checkbox"/> | 長崎県不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し |
| 夫婦が別世帯の場合 | <input type="checkbox"/> | 申請者の戸籍全部事項証明書（発行日から3か月以内の原本） |
| 夫婦が事実婚の場合 | <input type="checkbox"/> | 事実婚関係申立書（様式第3号） 夫婦それぞれの戸籍全部事項証明書（発行日から3か月以内の原本） |

<お問い合わせ>

〒856-0832 大村市本町 413-2

大村市こども未来部こども家庭課（大村市こどもセンター）

TEL:0957-54-9100 または 0957-54-9119（妊娠相談専用：こうのとりダイヤル）

FAX:0957-54-9174