

# 令和6年度

## さくら市不妊治療費助成事業のご案内

### ◎対象者

次のすべての要件を満たす方

- 交付申請日にさくら市に住民登録がある法律上の夫婦（事実婚を含む）
- 本市在住期間に治療を行っていること（さくら市に転入前に治療終了したものは助成対象外）
- 不妊治療が必要であると医師に診断され、国内医療機関で治療を受けた方
- 医療保険に加入していること
- 夫婦とも市税等の未納がないこと

### ◎対象となる治療

保険適用および保険適用外の不妊治療

（診察費・検査費・薬剤代など、医師が必要と認めた先進医療を含む）

※文書料、個室料、入院時食事療養費等の不妊治療に直接関係のない費用は除きます。

### ◎助成額

不妊治療に要した費用に係る自己負担額の2分の1（※1回の申請につき上限15万円まで）

ただし、健康保険組合などから助成（高額療養費、付加給付等）がある場合は、自己負担額からこれらの助成額を控除した額の2分の1となります。

### ◎助成回数

●1年度2回まで申請できます。

（同1年度内に終了日を迎えた治療については複数回分まとめて申請できます。）

●通算5年（連続する必要はありません。通算で5年度分の助成が受けられます。）

### ◎申請期限

治療を受けた日（終了日）の属する年度内に申請してください。

**申請期限を過ぎてしまった場合は、助成を受けることができませんのでご注意ください。**

なお、治療が3月下旬に終了予定の場合など、年度内の申請が困難な事情がある場合は、お早めにご相談ください。



※年度とは・・・4月1日から翌年3月31日までを1年間として区切ったものです。

提出先が変わりました  
ご注意ください

さくら市 **子ども政策課** ☎028-681-1125

## ◎申請方法・必要書類

**住民票** を取得する際の注意点

- ①夫婦 2 人分
- ②本籍・続柄の記載のあるもの
- ③マイナンバーの記載のないもの

※事実婚の場合  
続柄に夫(未届)、妻(未届)等の記載があること

	必要書類
①不妊治療費補助金交付申請書 (様式第 1 号)	○
②医療機関受診等証明書 (様式第 2 号) <b>※医療機関に提出し証明を受けてください。</b>	○
③不妊治療費の領収書 (原本)	○
④住民票 (夫婦二人分、本籍・続柄の記載があるもの・ <b>マイナンバー記載のないもの</b> )	○
⑤戸籍謄本 ( <u>事実婚の場合のみ</u> 、夫婦二人分)	△ (該当者のみ)
⑥健康保険組合などから助成 (高額療養費、付加給付等) を受けたことがわかる書類	△ (該当者のみ)
⑦不妊治療費補助金交付請求書 (様式第 3 号)	○
⑧振込先預金通帳等 (口座番号等が確認できるもの)	○

窓口に提出する日にちを記入してください

この部分は記入しないでください

様式第 1 号 (第 6 条関係)

さくら市長 様

申請者住所  
氏名  
電話

**不妊治療費補助金交付申請書**

年度において、さくら市不妊治療費補助金を交付されるよう、さくら市不妊治療費補助金交付要綱第 6 条第 1 項の規定により申請します。

治療を受けた夫婦の氏名	生年月日	加入保険
夫	年 月 日生	
妻	年 月 日生	
婚姻年月日	年 月 日	

過去にこの補助金の交付を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> あり → 過 去 _____ 回	<input type="checkbox"/> なし
医療保険等からの助成がありますか	<input type="checkbox"/> あり → 助成金額 _____ 円	<input type="checkbox"/> なし
高額療養費、付加給付等の給付がありますか	<input type="checkbox"/> あり → 給 付 額 _____ 円	<input type="checkbox"/> なし

同意書

さくら市不妊治療費補助金の交付要件に係る審査のため、私及び私の配偶者の市税の納付状況について、市が調査することに同意します。

申請者氏名 (自署)  
配偶者氏名 (自署)

注 補助金の申請期限は、不妊治療が終了した日の属する年度の末日までに行ってください。

様式第 3 号 (第 8 条関係)

さくら市長 様

申請者住所  
氏名

**不妊治療費補助金交付請求書**

年 月 日付 第 号で交付決定のあった 年度さくら市不妊治療費補助金について、次のとおり交付されるようさくら市不妊治療費補助金交付要綱第 8 条の規定により請求します。

**この部分は何も記入しないでください**

1 補助金交付決定通知額	円
2 今回請求額	円
3 高額療養費、付加給付等給付額	円

4 振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合 本店・支店・出張所
※申請者と口座名義人は統一してください。	フリガナ	※申請者と口座名義人は統一してください。
	口座名義人	口座番号忘れずに

注 この請求書には、不妊治療費補助金決定通知書の写しを添付してください。

問合先・提出先が  
変わりました  
ご注意ください!

**【問合先・提出先】 さくら市こども政策課**  
 〒329-1311 栃木県さくら市氏家 2771 番地 ☎ 028-681-1125  
 ✉ kodomo@city.tochigi-sakura.lg.jp

**【不妊に関する専門的な相談機関】**  
 栃木県不妊専門相談センター 宇都宮市野沢町 4 - 1 パルティ内 ☎028-665-8099