令和５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

保険適用外の治療費（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）
※文書料や入院時の室料、食事代は除きます。

◎助成額

保険適用外の治療費の２分の１　（※**1 回の申請につき**上限 15 万円まで）
ただし、県の制度や健康保険組合などから助成がある場合は、治療費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。
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。
ただし、令和４年度の治療費に限り、経過措置として令和５年度末まで申請が可能です。

※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。

さくら市健康増進課　☎028-682-2589

◎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	○
②不妊治療（保険適用外）費の領収書	○
③住民票（夫婦二人分、本籍・続柄の記載があるもの・マイナンバー記載のないもの）	○
④戸籍謄本（事実婚の場合のみ、夫婦二人分）	△（該当者のみ）
⑤完納証明書（夫婦二人分）または市税調査の同意書	○
⑥栃木県特定治療費助成承認通知書の写し（栃木県特定不妊治療費助成を受けている場合）	△*（該当者のみ）
⑦不妊治療費補助金交付請求書	○

*「栃木県不妊に悩む方への特定治療支援事業」の対象になる場合は、県への申請を先に行ってください。
※県の申請期限は令和５年５月31日です。詳しくは県にお問い合わせください。

【問合せ先】県北健康福祉センター健康支援課　大田原市住吉町 2-14-9　☎0287-22-2259

窓口に提出する日にちを記入してください

様式第１号（第６条関係）

不妊治療費補助金交付申請書

年　月　日

さくら市長　　様

住　所　さくら市
申請者
氏　名
電話　（　　）

令和　　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、さくら市不妊治療補助金交付要綱第６条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			
妻			
婚　姻　年　月　日		年　月　日	

※　過去にこの助成を受けたことがありますか（該当する番号に○印をつけてください）
　１．ある　→　過去（　）回受けた　　２．ない
※　県からの助成がありますか（該当する番号に○印をつけてください）
　１．ある　→　助成金額　　円　　２．ない
※　医療保険等からの助成がありますか（該当する番号に○印をつけてください）
　１．ある　→　助成金額　　円　　２．ない

医　療　機　関　証　明			
治　療　名			
受　診　者　名		生年月日	年　月　日
治　療　期　間	年　月　～　年　月		
治　療　費	円（保険適用外の合計額）		

上記のとおり不妊治療を行ったことを証明します。

年　月　日

医療機関名称及び所在地

主治医氏名　　印

※申請期限にご注意ください。申請期限は治療を受けた日（終了日）の属する年度内です。

この部分は何も記入しないでください

様式第３号（第８条関係）

令和　年　月　日

さくら市長　花塚　隆志　様

申請者　住所
　　氏名

※申請者と口座名義人は統一してください

不妊治療費補助金交付請求書

令和　年　月　日付　健第　号で交付決定のあった令和　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。

１　補助金交付決定通知額		円
２　補助金既受領額		円
３　今回請求額		円
４　県助成額		円
５　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
	口座番号	普・当　**口座番号忘れずに**
	フリガナ	
	口座名義人	

※申請者と口座名義人は統一してください

※申請者と口座名義人は統一してください。

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・申請先】　さくら市健康増進課
〒329-1312　栃木県さくら市櫻野 1319 番地３　☎ 028-682-2589
✉ u-hoken@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