

朝来市 特定不妊治療費助成事業

特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）を受けられたご夫婦に対して治療費の一部を助成します。

対象者

- ①婚姻をしている夫婦（事実婚を含む）で、夫婦のいずれもが特定不妊治療を行った期間及び市への助成の申請日に朝来市に住所を有するご夫婦
- ②兵庫県特定不妊治療費助成事業実施要綱の規定に基づく助成の決定を受け、かつ兵庫県以外の自治体から助成を受けていないこと
- ③夫婦共に市税等市の徴収金で滞納していないこと

対象経費 助成金額

特定不妊治療費助成

体外受精及び顕微授精が対象となります。

特定不妊治療（体外受精・顕微授精）に要した治療費から兵庫県特定不妊治療費助成事業実施要綱に基づく助成額を控除した額
1回あたり 15万円（県要綱別添図の治療内容 C 及び F については、5万円）を上限に助成

男性不妊治療費助成

特定不妊治療に至る過程の一環として行った男性不妊治療（精子を精巣または精巣上体から採取する手術）に要した治療費から兵庫県特定不妊治療費助成事業実施要綱に基づく助成額を控除した額
1回あたり 10万円を上限に助成

申請期間

県要綱に基づく助成の決定を受けた日から起算して2か月以内

申請書類

- ①朝来市特定不妊治療費助成事業申請書
- ②兵庫県特定不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し
- ③朝来市特定不妊治療受診等証明書または兵庫県特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- ④指定医療機関が発行した領収書（原本）

申請窓口

朝来市健康福祉部 地域医療・健康課（朝来市保健センター）

指定医療機関

兵庫県が指定した医療機関（兵庫県ホームページ等で公表）

【お問い合わせ】

朝来市健康福祉部 地域医療・健康課（朝来市保健センター）
〒669-5267 朝来市和田山町法興寺378番地1
電話 079-672-5269