

令和6年度 猪名川町不妊治療ペア検査助成事業

猪名川町では、不妊の原因を調べるための検査（以下、「不妊の検査」という。）を受けられたご夫婦に対し、経済的な負担を軽減し、早期受診による早期発見及び早期治療を促進するため、医療保険が適用されない検査費の一部を助成します。

1 助成を受けることができる人

助成の対象となる人は、以下の①から⑥のすべてに該当する人です。

- ① 申請日時点で夫婦のいずれかが猪名川町に住民票を有し、法律上の婚姻はまたは事実婚の夫婦であること。
- ② 助成を受けようとする不妊の検査を行った期間の初日が令和6年（2024年）4月1日以降であること。
- ③ 助成を受けようとする不妊の検査を行った期間の初日における妻の年齢が43歳未満であること。
- ④ 夫婦そろって不妊の検査を行った者（やむを得ず夫婦別で受診し、妻と夫の初回受診の間隔が3か月以内であるものを含む。）であること。
- ⑤ 助成を受けようとする不妊の検査について、他の自治体が発行する助成を受けていないこと。
- ⑥ 同一の夫婦について、過去に助成金の支給を受けていないこと。

2 助成内容

(1) 助成額

国内の医療機関で受けた不妊の検査に要した医療機関保険適用外の費用の7/10

(2) 助成回数

同一の夫婦1組に対し、1回限り。

※令和4年度以降に助成を受けた場合は、令和6年度以降も助成の対象外になります。

(3) 対象となる検査

一般不妊治療開始前に行う不妊の検査で、医師が必要と認めたもの

※医師の猪名川町不妊治療ペア検査助成金受診等証明書（様式第2号）が必要。

(4) 申請受付期間

令和6年（2024年）4月1日から令和7年（2025年）3月31日の期間に受けた検査は、令和7年3月31日までに申請してください。

3 申請に必要な書類

次の書類を申請期限内に、猪名川町保健センターへ提出してください。

- (1) 猪名川町不妊治療ペア検査助成金申請書兼請求書（様式第1号）
- (2) 猪名川町不妊治療ペア検査助成金受診等証明書（様式第2号）
- (3) 不妊の検査に係る領収書（必ず原本）
- (4) 振込口座のわかるもの（通帳やカードで、夫または妻の個人名義の口座）
- (5) 夫婦の住民票の写し

※猪名川町に住民票があり、申請者の同意をいただければ省略可能。

(6) 戸籍全部事項証明書【戸籍謄本】(事実婚の方、別居の方のみ) 及び事実婚申立書(事実婚の方のみ)

注1 (1)、(2) は、本町ホームページからダウンロードできます。

注2 (5)、(6) は、発行から3か月以内のものをご提出ください。

注3 (5) は、申請者の同意があれば、本町で確認し、省略できる場合があります。

猪名川町生活部住民課健康づくり室

猪名川町保健センター

〒666-0233

猪名川町紫合字北裏763

電話：072-766-1000

ファックス：072-766-4414