



# 名寄市特定不妊治療費助成のご案内



名寄市では、北海道特定不妊治療費助成事業（以下「道助成事業」という。）に加えて、特定不妊治療を受けている方の経済的負担を軽減するため、つぎのとおり独自の助成事業を実施しています。

## ✿対象者✿

◆次の①～④のすべての要件に当てはまる方が対象です。

- ①北海道が実施する特定不妊治療費助成の決定を受けている方
  - ②夫婦のいずれか一方が、申請時に名寄市に住民登録している方
  - ③夫及び妻が市税を滞納していない方
  - ④助成を受けようとする治療について、他の市町村から同様の助成を受けていない方
- ※詳しくはお問い合わせください。

## ✿対象となる治療と助成の内容✿

◆北海道が助成対象経費と認定した費用から、北海道の助成金を差し引いた額が名寄市の助成対象になります。上限額に満たない場合はその額を助成します。

◆助成回数は道の助成事業と同様です。

治療内容	名寄市助成の上限（1回）	道の助成上限額（1回）
採卵を伴う治療	15万円	30万円
採卵を伴わない治療、状態が良い卵が得られない等による治療中止	7万5千円	10万円
男性不妊治療	15万円	30万円

## ✿申請の手続き✿

◆北海道の助成決定指令書の交付を受けてから、治療が終了した日の翌日から60日以内に申請してください。

### ◆申請に必要な物◆

- ① 名寄市特定不妊治療費助成金交付申請書（名寄市ホームページからダウンロードできます。）
- ② 道助成事業の助成決定指令書の写し
- ③ 振込口座の預金通帳の写し（2回目以降の申請で、振込口座が同じ場合は不要です。）
- ④ 印鑑（※夫婦別々の印鑑が必要です。）
- ⑤ 道助成事業の「特定不妊治療費助成事業申請書」の写し、「特定不妊治療費助成事業受診等証明書」の写し  
※情報提供にかかる同意書（申請手続き時にお渡しします）に署名される方は提出不要です。
- ⑥ 「住民票」、「納税証明書」  
※住民基本台帳、納付状況等の確認の同意欄（上記①）に署名した方は提出不要です。

## ✿問合せ・申請先✿

名寄市保健センター  
 住所 名寄市西2条北5丁目  
 電話 01654-2-1486