



名寄市特定不妊治療費助成のご案内



名寄市では、平成 29 年 4 月 1 日より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平成 29 年 4 月 1 日以後に、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
- ※その他、道助成事業と同様、年齢、所得制限等があります。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	15 万円（初回治療 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	7 万 5 千円
男性不妊治療	15 万円	15 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 その他、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、「住民票」、「納税証明書」
- ※⑤については、情報提供にかかる同意欄及び住民基本台帳、納付状況等の確認の同意欄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