

朝日町不妊治療費及び不育症治療費助成事業のご案内

朝日町では以下のすべての要件を満たしている方を対象に、不妊治療または不育症治療に要した費用の一部を助成しています。

【対象者要件】

- (1) 下記の対象治療以外の方法では妊娠の見込みがないか極めて少ないと、医師に診断された法律上の夫婦。
- (2) 夫婦双方または一方が朝日町民であること。
- (3) 夫婦の前年の所得の合計額が730万円未満の方。
- (4) ① ②については三重県指定の医療機関で、③ ④については国内の医療機関で治療を受けたもの。

助成事業	① 特定不妊治療費助成事業	② 第2子以降の特定不妊治療に 対する助成回数追加事業
対象治療	特定不妊治療（体外受精・顕微授精）	
助成額	三重県特定不妊治療費助成事業申請時、 1回につき最大10万円の上乗せ	1回の治療につき最大15万円（C.Fは7.5万円）
助成回数	治療期間初日における妻の年齢が… 40歳未満→通算6回まで 40～43歳未満→通算3回まで 43歳以上は対象外	治療期間初日における妻の年齢が… 40歳未満→通算2回まで 40～43歳未満→通算5回まで
備考	<ul style="list-style-type: none"> ・必ず三重県特定不妊治療費助成事業と併せて申請してください。 ・初回治療の場合は三重県指定の治療方法 C.Fのみ対象。 	【追加要件】 <ul style="list-style-type: none"> ・三重県事業による助成回数が終了した者 ・H26年度以降新規に三重県事業の助成を受けた者 ・夫婦から出生した実子が1人以上いること。
助成事業	③ 一般不妊治療費助成事業	④ 不育症治療費助成事業
対象治療	一般不妊治療（人工授精）	不育症にかかる治療および検査
助成額	1年度当たり最大2万円	1年度当たり最大10万円
助成回数	1年度あたり1回限り 通算5年まで	1年度あたり1回限り 通算3回まで

- 申請は、必要書類を子育て健康課窓口へ持参もしくは郵送していただきます。

申請についてのお問い合わせは
子育て健康課 までご連絡ください。

☎ 059 - 377 - 5652