



光市不育症治療費補助金交付申請書を提出される方へ

光市不育症治療費補助金制度について

- ・医療機関で受けた不育症治療に要した費用（医療保険の適用の有無にかかわらず）が対象です。
- ・診断のための検査や治療効果を確認するための検査等、治療の一環として実施する検査を含みます。
- ・入院時差額ベッド代、食事代のほか治療に直接関係しない費用は交付対象となりません。
- ・山口県不育症検査費助成事業の対象となる費用は、交付対象となりません。
※厚生労働省では、妊娠はするものの2回以上繰り返す流産や死産などによって赤ちゃんを授けられないことを不育症としています。

対象者

- ・治療を受けた者が、不育症治療期間中に光市民であること
- ・不育症治療期間中に、夫及び妻がいずれにも該当すること
 - ① 法律上の夫婦であること
 - ② 医療保険各法の規定に基づく被保険者、組合員若しくは被扶養者であること

対象となる費用

光市民である期間の不育症治療費（検査も含む）の自己負担分
（当該治療費に対する他の法令に基づく給付及び付加給付金がある場合は、その額を除いた金額）

補助額

1 年度あたり 1 回 20 万円を上限

- ・治療が複数年にわたる場合において、当該治療のために負担した不育症治療費のうち、前年度までに申請を行わなかった不育症治療費があるときは、不育症治療が終了した日が属する年度までに限り、当該不育症治療費を補助金の交付対象の費用として申請可能です。

補助期間

通算 5 回（申請は 1 年度に 1 回）

申請について

- ① 治療が終了した日から 90 日以内
- ② 治療の終了した日の属する年度内 ※令和 8 年度は令和 9 年 3 月 31 日（水）まで
 - ・①か②のいずれか早い日までに、治療にかかった費用をまとめて申請してください。
 - ・治療が終了していなくても、20 万円になった時点で申請可能です。
 - ・確定申告予定の方は、確定申告前に申請をお願いします。
 - ・ご不明な点はこども家庭課へお問い合わせください

⇒裏面へ続く

提出書類

チェック欄

☐	① 光市不育症治療費補助金交付申請書 ※当該医療費に対する他の法令に基づく給付及び付加給付金がある場合は、その給付を証明する書類	(様式第 1 号：夫婦が記載)
☐	② 光市不育症治療費医療機関証明書	(様式第 2 号：医療機関が記載)
☐	③ 光市不育症治療費調剤証明書 ※様式 2 号で薬の記載がある場合のみ提出可能。 ※様式 2 号で領収金額が 20 万円を超えた場合は提出不要。	(様式第 3 号：薬局が記載)
☐	④ 医療機関及び薬局発行の領収書（原本）	「領収書の日付・金額」が医療機関、薬局の証明書と一致するか、ご自宅で確認をお願いします。
☐	⑤ 法律上の夫婦であり、かつ、不育症治療を受けた者が、不育症治療の期間中に光市民であること、又あったことを証明できる書類（1 か月以内に発行のもの）	㊤住民票⇒あいぱーく光で発行可 （1 通 200 円） ※続柄の記載必要 ※マイナンバー記載不要 ※夫婦 2 人分のみ記載
☐	⑥ 光市不育症治療費補助金交付請求書	(様式第 7 号：夫婦が記載)
☐	⑦ 受取口座を確認できる書類の写し ・様式 1 号の確認に使用。	支店や口座番号が入るキャッシュカード、通帳のコピーなど
☐	⑧ 夫婦の加入する医療保険が確認できるもの （提出時に確認）	コピーまたは写真でも可

訂正印、修正テープでの訂正、二重線の書き直し、氏名の黒ゴム印は不可です。書き直しをお願いします。2 種類以上の制度を同時申請の場合、⑤は 1 部で構いません。

支払いについて

提出書類の審査後、給付決定者には「光市不育症治療費補助金交付決定通知書（様式第 4 号）」を送付し、申請振込先に入金します。給付決定がなされなかった方へは、「光市不育症治療費補助金不交付決定通知書（様式第 5 号）」を送付します。

●申請受付窓口および問合せ先

光市こども家庭課

〒743-0011 光市光井二丁目 2 番 1 号

あいぱーく光内 TEL0833-74-1108

受付時間 平日（年末年始を除く） 8：30～17：15