

光市人工授精費助成事業申請書を提出される方へ

対象となる治療

医療保険適用の人工授精

次に掲げる治療法は助成の対象となりません

- ・夫以外の第三者からの精子の提供による不妊治療
- ・代理母（妻が卵巣と子宮を摘出したことなどにより、妻の卵子が使用できず、かつ、妻が妊娠できない場合に、夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するもの）

対象者

- ・光市民であること
- ・法律上の夫婦であること

所得要件

なし

対象となる費用（令和 8 年4月1日以降の治療費）

人工授精費の自己負担分

※人工授精（1,820 点）以外の費用は含みません。

助成額

1 年度あたり 9 千円を上限（山口県内の他市町の助成額を含む）

助成期間

通算 5 年（山口県内他市町の助成期間を含む）

※ただし、3 年目以降は医師が必要と判断したものに限る。

申請について

- ・令和 8 年度分の申請は令和 9 年 3 月 3 1 日（水）までにご提出ください。
- ・人工授精を 2 回された方は上限額に達するため、早めに申請書類をご提出ください。
- ・令和 9 年 1 月以降に申請される方は、市こども家庭課へ書類を持参される前に電話連絡をお願いします。
- ・令和 9 年 3 月に治療があり、年度内の申請が困難な方は、3 月上旬までに市へご相談ください。
- ・確定申告予定の方は、確定申告前に申請をお願いします。

⇒ 裏面あり

チェック欄	申請時にお持ちいただくもの
☐	① 人工授精費助成事業申請書（ <u>様式第 1 号</u> ：夫婦が記載）
☐	② 人工授精費助成事業受診等証明書（ <u>様式第 2 号</u> ：医療機関が記載） ・ 1 か所の医療機関で助成額の上限に達している場合は、1 か所の証明書を提出。
☐	③ <u>住民票（発行 1 か月以内）</u> ・ 法律上の婚姻をしている夫婦であること及び夫婦の住所を確認できるもの。 ・ 続柄の記載必要、マイナンバー記載不要、夫婦 2 人分のみ記載されたもの。 ◆ 海外勤務等で住民票が光市にない方は、ご相談ください。
☐	④ <u>課税証明書</u> ・ 夫及び妻の前年の所得の合計額（1 月から 5 月までの申請については前々年の所得の合計額をいう。）が確認できる証明書。 ・ 夫婦どちらかの所得がない場合も、夫婦の証明が必要。 ◆ 令和 8 年 1 月 1 日の住所地で交付できます。1 月 1 日以降に市外からの転入された方は前住所地へご確認ください。 ◆ 山口県不妊治療（人工授精）費助成事業対象となるか確認のため、全員提出が必要です。
☐	⑤ 人工授精費助成事業助成金交付請求書（ <u>様式第 5 号</u> ：夫婦が記載）
☐	⑥ <u>医療機関発行の領収書（原本）</u> ・ 人工授精費分のもの
☐	⑦ <u>受取口座を確認できる書類の写し</u> ・ 様式 1 号の確認に使用。

※①⑤は訂正印、修正テープでの訂正、氏名の黒ゴム印、二重線の書き直しは不可となります。
書き直しをお願いします。

※ 2 種類以上の制度について同時申請の場合、③④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「人工授精費助成事業承認決定通知書（様式第 3 号）」を送付し、様式 1 号に記載された振込先へ入金します。

※給付決定がなされなかった方へは、「人工授精費助成事業不承認決定通知書（様式第 4 号）」を送付します。

●申請受付窓口および問合せ先
〒743-0011 光市光井二丁目 2 番 1 号 光市こども家庭課
T E L : 0833-74-1108
受付時間：平日（年末年始を除く 8 : 30～17 : 15）