

北塩原村生殖補助医療交通費支援事業のお知らせ



体外受精及び顕微授精（以下「生殖補助医療」という。）を受けるにあたり遠方の医療機関で受診する必要がある夫婦に対して、夫婦の経済的負担を軽減し、出産を希望する夫婦を支援することを目的とし当該医療機関までの移動に係る交通費一部を助成します。

対象者

下記の要件をすべて満たす方が対象です。

- ① 生殖補助医療を受けた日及び申請日において、村の住民基本台帳に記載されている中で、住所地から生殖補助医療を受診した医療機関までおおむね60分以上の移動時間を要すること（ただし、会津管内の医療機関を除く。）。
- ② 申請者が属する世帯で村税等（北塩原村の条例、規則等に定める税及び料金等をいう。）の滞納がないこと。
- ③ 同一の生殖補助医療に関して、他の市町村から交通費の助成を受けていないこと。

助成内容

夫婦の住所地から生殖補助医療（裏面参照）を受けた医療機関までの移動に要した費用（往復分）について、別表の通院先医療機関所在地の通院1回あたりの基準額に通院回数に乗じた額を助成します。ただし、「1回の治療」（※）につき8回を上限とする。

《別表》

医療機関所在地	郡山市	福島市・山形県 新潟県・栃木県	いわき市 宮城県	茨城県	東京都 その他
通院1回あたりの基準額	1,000円	2,000円	3,000円	5,000円	6,000円

※「1回の治療」とは、採卵準備のための「薬剤投与」の開始から「妊娠の確認」等に至るまでの生殖補助医療の一連の過程をいう。

手続き等

- ・年度内に行った治療の申請は受診した年度内（3月31日まで）に申請してください。
- ・下記の必要な書類を準備の上、保健センターへ提出してください。

《必要書類》

- ☐ 様式第1号「北塩原村生殖補助医療交通費支援事業助成金交付申請書兼請求書」
- ☐ 様式第2号の1又は様式第2号の2「通院状況確認書」
- ☐ 様式第3号「北塩原村生殖補助医療交通費支援事業助成金に係る照会等に関する同意書」

※事実婚の場合

- ☐ 様式第4号「事実関係に関する申立書」

※外国人の場合

- ☐ 法律上の婚姻をしていることの確認ができる公の機関が発行した書類と日本語訳

裏面もご覧ください

生殖補助医療（体外受精、顕微授精）

下記の項目に、該当する方が助成対象となります。

治療の種類

治療ステージA～F、男性不妊治療のいずれかに該当の方

- A：採卵から新鮮胚移植を実施
- B：採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施
（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために一定期間あけた後に胚移植を行う治療を行った場合）
- C：以前に凍結した胚による胚移植を実施
- D：体調不良等により移植のめどが立たず、治療終了
- E：受精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子受精等により中止
- F：採卵したが、卵が得られない、又は状態が良い卵が得られないため中止

男性不妊治療：精子を精巣または精巣上体から採取するための手術に限る
（手術を行ったが、精子が得られない、又は、状態のよい精子が得られないため、治療を中止した場合も助成の対象）

治療期間

採卵の準備又は胚移植を行うための投薬開始～妊娠確認まで
（治療計画作成を行った場合は作成の日を含む）

留意事項

- ・生殖補助医療を受けた本人のみが助成の対象になるため、同行者分は助成対象外です。（男性不妊治療も同時に実施する場合は「1回の治療」で夫婦8回が上限となります。）
- ・診療を行わない薬や処方箋の受け取り、カウンセリングのみの通院は助成対象外です。
- ・他市町村に居住地を移した場合、助成対象となるのは村に居住していた期間のみです。（申請時に転出した場合は、助成対象外です。）

お問い合わせ・申請

北塩原村保健福祉課保健係（保健センター）

電話：0241-28-3733

※詳細や申請書のダウンロードは村HPより⇒

