

稲城市特定不妊治療医療費助成事業のお知らせ

稲城市では、45歳未満の方の医療保険適用外となる不妊治療費を助成します（回数制限なし）。



1. 助成対象者（次の要件を全て満たす方）

- (i) 治療開始日～助成金申請日まで、夫婦双方の住民票が稲城市内にある方（事実婚も含む）
- (ii) 体外受精や顕微授精以外の治療法では妊娠の見込みがないか、又は極めて少ないと医師に診断された方
- (iii) 治療開始日が令和4年4月1日以降であり、かつ開始日初日の女性の年齢が45歳未満である方

次に掲げる場合は、不妊治療にかかる費用の助成ができませんのでご注意ください。

- (1) 夫婦（事実婚含む）以外の第三者からの精子、卵子及び胚の提供による不妊治療の場合
- (2) 代理母による不妊治療の場合
- (3) 借り腹による不妊治療の場合
- (4) 「医療保険」及び「先進医療」の範囲外の方法で不妊治療を受けた場合（医療保険適用の有無は問いません）

2. 助成対象治療と助成金額

医療保険適用及び先進医療の対象である（体外受精）や（顕微授精）のうち、以下①②のいずれかに該当する不妊治療を受けた場合に、助成します。



① 医療保険適用治療と併用した【先進医療(医療保険適用外)】

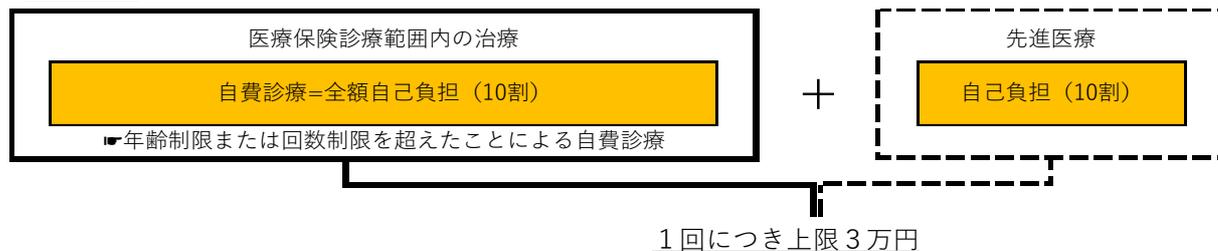
不妊治療の医療保険が適用される対象年齢・助成回数（※1）に該当する方が、「先進医療（医療保険適用外）」を受けた場合に、1回（※2）につき上限3万円の助成を行う。（3万円に満たない場合はその額まで）



- (※1) 医療保険適用は、治療開始時における女性の年齢が、40歳未満の場合は1子につき6回まで、40歳以上43歳未満の場合は1子につき3回まで。
- (※2) 1回の数え方は、東京都特定不妊治療費（先進医療）助成事業に準じる（①のみ）。

② 【自費診療】（回数無制限・45歳未満）

不妊治療の医療保険が適用される上記①の年齢・回数制限を超えたことによる「自費診療」、及び「先進医療（実施した場合）」を受けた場合に、1回につき上限3万円の助成を行う（回数無制限）。



（先進医療は実施していない場合でも申請可）

3. 医療機関

①先進医療	保険診療と併用可能な「先進医療」の実施医療機関として届出または承認を受けている医療機関 ※医療技術ごとに保険診療との併用ができる医療機関が異なるため、事前に受診している医療機関へご確認ください。
②自費診療	日本産科婦人科学会登録施設

4. 申請手続き

(1) 申請に必要な書類（以下1～3および8は、市ホームページからダウンロード、または配布しています。）

☑	対象	提出書類
<input type="checkbox"/>	全員 〔 ①先進医療で申請 ②自費診療で申請 〕	1. 稲城市特定不妊治療医療費助成金交付申請書 (先進医療不妊治療等医療費分) (様式第1号)
<input type="checkbox"/>		2. 稲城市特定不妊治療医療受診等証明書 (先進医療不妊治療等医療費分) (様式第2号) または 東京都に提出した特定不妊治療費 (先進医療) 助成事業受診等証明書の写し (注) 医療保険適用時のみ提出可
<input type="checkbox"/>		3. 稲城市特定不妊治療医療費助成金請求書 (先進医療不妊治療等医療費分) (様式第4号)
<input type="checkbox"/>	①先進医療で申請 (※)	4. 東京都交付の特定不妊治療費 (先進医療) 助成承認決定通知書の写し
<input type="checkbox"/>	②自費診療で初めて申請時 または ②自費診療の2回目以降の申請で、前回申請時と婚姻関係に変更がある時	□a. 法律婚 (同居かつ夫婦のいずれかが世帯主) …5. 住民票 (注) 申請書内「助成対象等確認欄」B.が☑の場合は、不要。 □b. 法律婚 (上記 a.以外 (市内別居、夫婦それぞれが世帯主等)) …6. 戸籍全部事項証明書 (原本) □c. 事実婚 …7. 夫婦それぞれの戸籍全部事項証明書 (原本)、および 夫婦それぞれの署名がある申立書 (※) (※) 「2人が事実婚関係であること」、 「治療の結果出生した子について認知を行う意向であること」の記載がある任意の様式
<input type="checkbox"/>	郵送申請時	8. 提出書類チェックシート (先進医療不妊治療等医療費分)

(2) 申請期間

申請区分	該当期間	市への申請期限 (必着)	
①先進医療 で申請	東京都の特定不妊治療費 (先進医療) 助成の承認決定のあった日が	4/1～12/31	翌年 3/31 まで
		1/1～ 3/31	同年 6/30 まで
②自費診療 で申請	治療終了日が	4/1～12/31	翌年 3/31 まで
		1/1～ 3/31	同年 6/30 まで

(3) 申請先

おやこ包括支援センター窓口 (開庁日の午前8時30分～12時、午後1時～午後5時) または 郵送
※窓口にお越しの際は、振込先口座が分かるものをお持ちください。

5. お問い合わせ先

稲城市 おやこ包括支援センター (Tel 042-378-3434)

〒206-0804 東京都稲城市百村 112-1 稲城市保健センター2階