

内子町特定不妊治療等の助成について

内子町では、不妊治療等を行う場合、費用の一部を助成しています。（詳しくは一覧表のとおりです。）

助成の対象は、令和５年４月１日以降の治療とし、申請は令和５年９月１日から開始します。

※申請を希望される方は、必ず事前に連絡の上、お越しください。（保健センター０８９３－４４－６１５５）

【内子町対象一覧】

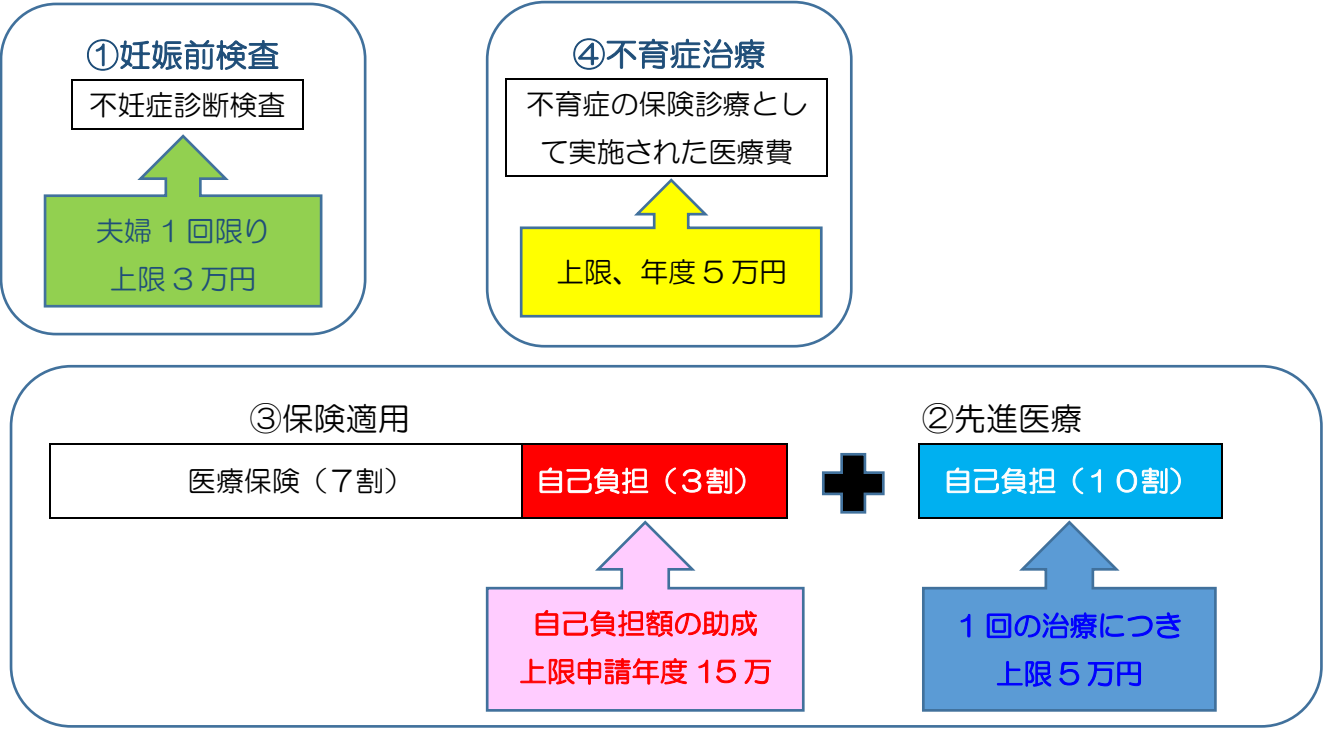
種 類	①内子町不妊治療費等（妊娠前検査）助成事業 ～愛媛県連携事業～
対 象 者	不妊を心配する夫婦が共に不妊検査を受けた場合 (1) 検査開始時点において法律上の婚姻をしている夫婦及び事実上の婚姻関係にある夫婦であること。ただし、事実上の婚姻関係にある夫婦については、治療の結果、出生した子について認知を行う意向がある者に限る。 (2) 夫婦のどちらか一方又は双方が内子町内に住民票を有している者であること。 (3) 夫婦両方の検査開始日が令和５年４月１日以降であり、検査開始時の妻の年齢が４３歳未満である夫婦であること。 (4) 令和５年４月１日より前に不妊治療（人工授精、体外受精及び顕微授精）を受けたことがないこと。 (5) 原則、夫婦双方が受診していること。 (6) 令和５年４月１日以降に、他の自治体で不妊検査に係る助成を受けていないこと。
対 象 検 査	助成の対象となる検査は、令和５年４月１日以降に夫婦が受けた検査で、夫婦のいずれか早い方の検査開始日から１年以内のもの（夫婦が別の医療機関において検査を受けた場合を含む。）とする。ただし、他の助成を受けている検査は、除くものとする。
回 数 制 限	１組の夫婦（事実婚含む）につき１回限り
助成限度額	３万円
申 請 方 法	検査が終了後３か月以内
提 出 書 類	(1) 内子町不妊治療費等（妊娠前検査）助成事業申請書（様式第１号） (2) 内子町不妊治療費等（妊娠前検査）助成事業受診等証明書（様式第２号） (3) 検査を実施した医療機関が発行する領収書 (4) 申立書（事実婚の場合のみ） (5) 振込先に指定した通帳の写し（口座番号が確認できる書類） ▶▶【申請書】(1)内子町不妊治療費等（妊娠前検査）助成事業 申請書へ

種 類	②内子町特定不妊治療費（先進医療）助成事業 ～愛媛県連携事業～
対 象 者	(1) 特定不妊治療以外の治療法によっては、妊娠の見込みがない、又は極めて少ないと医師に診断された者であること。 (2) 特定不妊治療を受けた法律上の婚姻をしている夫婦又は事実上の婚姻関係にある夫婦であること。ただし、事実上の婚姻関係にある夫婦については、治療の結果、出生した子について認知を行う意向がある者に限る。 (3) 夫婦のどちらか一方又は双方が内子町内に住民票を有している者であること。 (4) 生殖補助医療に係る保険医療機関において保険診療の特定不妊治療を受けた者であること。 (5) 同一治療において、他の自治体から助成を受けていないこと。
対 象 治 療	助成の対象となる治療は、保険診療として実施された1回の特定不妊治療（主治医が体外受精又は顕微授精を開始すると決定した日から妊娠判定日まで又は治療を中止した日までの治療をいう。）に併せて行われる先進医療とし、次に掲げる全ての要件を満たすものとする。 (1) 当該先進医療の実施機関として厚生労働省地方厚生局へ届け出られ、又は承認されている保険医療機関（以下「医療機関」という。）で実施されたものであること。 (2) 治療期間の開始日が令和5年4月1日以降であること。 (3) 他の助成を受けていない先進医療に係る費用であること。
回 数 制 限	保険適用分の生殖医療と同時に実施した分
助成限度額	1回の特定不妊治療（別表AからFまで）につき医療機関に支払った保険診療と併用して実施した先進医療に係る額と5万円を比較していずれか低い方の金額とする。
申 請 期 間	1回の治療毎に妊娠判定日又は治療を中止した日から6箇月以内
提 出 書 類	(1) 内子町特定不妊治療費（先進医療）助成事業申請書（様式第1号） (2) 内子町特定不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書（様式第2号） (3) 特定不妊治療を受けた医療機関が発行する領収書 (4) 申立書（事実婚の場合のみ） (5) 振込先に指定した通帳の写し（口座番号が確認できる書類） ▶▶【申請書】(2) 内子町特定不妊治療費（先進医療）助成事業 申請書へ

種 類	③内子町特定不妊治療費（保険適用）助成事業
対 象 者	(1) 特定不妊治療によってしか妊娠の見込みがない又は極めて少ないと医師に診断された者であること。 (2) 特定不妊治療を受けた法律上の婚姻をしている夫婦又は事実上の婚姻関係にある夫婦であること。ただし、事実上の婚姻関係にある夫婦については、治療の結果、出生した子について認知を行う意向がある者に限る。 (3) 夫婦のどちらか一方又は双方が内子町内に1年以上住所を有していること。 (4) 町税を滞納していないこと。 (5) 生殖補助医療に係る保険医療機関において保険診療の特定不妊治療を受けた者であること。 (6) 同一治療において、他の自治体で助成を受けていないこと。
対 象 治 療	助成の対象となる治療は、保険診療として実施された1回の特定不妊治療（主治医が体外受精又は顕微授精を開始すると決定した日から妊娠判定日まで又は治療を中止した日までの治療をいう。）とし、次に掲げる全ての要件を満たすものとする。 (1) 当該特定治療支援事業指定の実施機関として厚生労働省地方厚生局へ届出又は承認がなされている保険医療機関（以下「医療機関」という。）で実施されたものであること。 (2) 医療費の領収日が令和5年4月1日以降であること。 (3) 他の助成を受けていない費用であること。
回 数 制 限	15万円までは追加申請ができるものとする。
助成限度額	助成額は、申請年度において医療機関に支払った自己負担額と15万円を比較して、いずれか低い方の金額とする。
申 請 期 間	妊娠判定日又は治療を中止した日から6カ月以内
提 出 書 類	(1) 内子町特定不妊治療費（保険適用）助成事業申請書（様式第1号） (2) 特定不妊治療を実施した医療機関が発行する領収書と診療明細書 (3) 高額医療等の対象となった場合は、払戻しが分かる書類 (4) 申立書（事実婚の場合のみ） ▶▶【申請書】(3)内子町特定不妊治療費（保険適用）助成事業 申請書へ

種 類	④内子町不育症治療費助成事業
対 象 者	夫婦（事実婚を含む。）であって、医師に不育症と診断され、次の各号のいずれにも該当する者とする。 (1) 夫婦のどちらか一方又は双方が住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）により本町の住民基本台帳に記載されており、申請時において、内子町内に1年以上住所を有していること。 (2) 医療保険各法の規定による被保険者若しくは組合員又はその被扶養者であること。 (3) 町税を滞納していないこと。 (4) 治療期間の開始日が令和5年4月1日以降であり、治療開始日において妻の年齢が43歳未満であること。 (5) 他の不育症に係る助成を受けていないこと。
対 象 治 療	助成の対象となる経費は、不育症に関する治療を保険診療として実施している医療機関において実施された保険適用診療により発生した医療費の自己負担額とする。
回 数 制 限	限度額以内なら回数制限なし
助成限度額	申請年度の治療につき5万円を限度とする。
申 請 期 間	助成を受けようとする年度の末日
提 出 書 類	(1) 内子町不育症治療費助成事業申請書兼同意書（様式第1号） (2) 医療費や治療内容が分かる書類 （治療を実施した医療機関が発行する領収書と診療費明細書等） (3) 健康保険証及び本人確認ができる書類（運転免許証・マイナンバーカード等） ▶▶【申請書】(4)内子町不育症治療費助成事業 申請書へ

参考資料



体外受精・顕微授精のステージ

治療内容	採卵まで			採精 (夫)	(前培養・媒精 (顕微授精)・培養 受精)	胚移植							(胚移植のおおむね2週間後)	助成対象範囲
	(自然周期で行う場合もあり)	薬品投与 (点滴薬)	薬品投与 (注射)			新鮮胚移植		胚凍結	冷凍胚移植					
						胚移植	黄体期補充療法		(自然周期で行う場合もあり)	薬品投与	胚移植	黄体期補充療法		
平均所要日数	14日	10日	1日	1日	2～5日	1日	10日		7～10日	1日	10日	1日		
A 新鮮胚移植を実施													助成対象	
B 凍結胚移植を実施*														
C 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施														
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、多精子受精などの異常受精等により中止														
F 採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止														
G 卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止													対象外	
H 採卵準備中、体調不良等により治療中止														

※ B：採卵・受精後、1～3周期程度の間隔を空けて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの当初からの治療方針に基づく治療を行った場合

※採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態の良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となります。