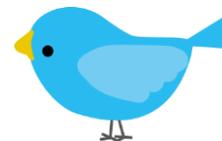


# 中能登町不育症治療費助成事業のご案内

中能登町では、不育症治療を行う夫婦の経済的負担の軽減を図るため、不育症治療費助成事業を実施しています。



助成対象者	以下のいずれにも該当する方 ① 法律上の婚姻関係にある夫婦であって、医師より不育症と診断され、不育症治療を受けている方 ② 夫婦の両方又は一方が、助成申請をした日において中能登町に1年以上継続して住所を有する方 ③ 医療保険に加入している夫婦 ④ 夫婦の前年の所得の合算額が年間730万円未満 (前年の所得が確定するまでの間は前々年の所得)
助成対象費用	医療機関において夫婦が受けた不育症治療(治療に付随する検査を含む)に要した医療費の自己負担となる費用 ※ 入院時の差額ベッド代、食事代、文書料などは除きます。
助成額	1回の妊娠における不育症治療につき、上限30万円 (自己負担額のうち、1,000円未満切り捨て)
申請手続き	治療が終了した翌日から1年以内に申請
必要書類	① 中能登町不育症治療費助成金交付申請書 (用紙はこども家庭センターにあります。) ② 不育症治療医療機関受診等証明書 (用紙はこども家庭センターにあります。医療機関の証明が必要です。) ③ 医療機関発行の治療費の明細がわかる領収書 ④ 戸籍謄本(申請日より6ヶ月以内に発行のもの) ⑤ 夫婦それぞれの住所を確認できる書類(住民票) ⑥ 夫婦前年の所得を証明する書類の写し ⑦ 医療保険証の写し ⑤⑥は町で確認できる場合は省略できます。

【申請窓口・お問合せ先】  
中能登町こども家庭センター  
(中能登町役場 健康保険課)  
電話(0767)72-3932

令和7年4月8日改定