



杉戸町早期不妊治療費 助成金申請のご案内

1組につき1回限り、不妊治療費又は男性不妊治療費の自己負担額を上限10万円まで助成します。必要書類等の説明をさせていただきますので、事前に電話でのご連絡をお願いします。※高額療養費の限度額認定を受けていず、後日高額療養費の支給を受けた場合で、最終的な自己負担額が助成額より少なかった場合は返還していただくことがあります。

<申請要件>

- ① 双方または一方が治療終了日及び申請時点で杉戸町に住民登録があること
- ② 治療開始時の女性の年齢が35歳未満であること
- ③ 町税の滞納がないこと
- ④ 他市町村で同様の助成を受けていないこと

<助成の対象となる治療>

保険診療で実施した下記の治療

体外受精・顕微授精・男性不妊治療（精巣内精子採取術）

<申請期限>

原則、治療終了日の属する年度の末日

（治療終了日が1月1日～3月31日の場合は6月30日まで）

<申請に必要なもの>

- 杉戸町早期不妊治療費助成事業申請書（様式第1号）
- 杉戸町早期不妊治療実施証明書（様式第2号）
- 治療費の領収書の原本
- 高額療養費支給決定通知書の写し（適用になっている場合）
- 健康保険証の写し
- 住所を確認できる書類★
- 申請者本人名義の通帳または口座のわかるもの
- 夫婦であることを確認できる書類★
（事実婚の場合は別途、書類が必要になりますのでお問い合わせ下さい）
- 町税の納税証明書★（それぞれ1通ずつ必要です）
- 印鑑

★は同意書（様式第1号の下部分）に自署または記名押印いただければ省略できます。

<問い合わせ>

杉戸町 健康支援課（杉戸町保健センター）

住所 杉戸町堤根 4745-1

TEL0480-34-1188 Fax0480-34-1176

