



二本松市不育症治療費助成事業のお知らせ

市では、令和 7 年 4 月 1 日からヘパリンを主とした不育症治療を受けた方の経済的負担を軽減するため、福島県の助成に上乗せし不育症治療費の一部を助成します。

《対象者》 次の要件をいずれも満たす方です。

- ① 福島県不育症治療費助成事業実施要綱に基づき助成の決定を受けた方。
- ② 治療日及び申請日において夫婦（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある方を含む）であり、夫婦の双方又は一方が市内に住所を有する方。
ただし、事実上婚姻関係と同様の事情にある方は、夫婦の双方が市内に同一住所を有し、他に婚姻の届出をしている配偶者を有しないこと。
- ③ 申請日において、夫婦の双方に市税等の滞納がない方。

《助成の内容》

不育症治療に要した費用の額から、福島県不育症治療費助成事業による助成額を控除した額を助成対象費用として、1 回の妊娠期間の治療につき 10 万円を限度とし助成します。

《申請方法》

福島県の助成が決定した日から起算して 90 日以内に二本松市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書（第 1 号様式）に次に掲げる書類を添えて申請してください。

- ① 福島県不育症治療費助成事業申請金額明細書（県要綱第 2 号様式）の写し
- ② 福島県不育症治療費助成事業受診等証明書（県要綱第 3 号様式）の写し
- ③ 福島県不育症治療費助成事業承認決定通知書（県要綱第 4 号様式）の写し
- ④ 戸籍謄本
- ⑤ 住民票謄本
- ⑥ 事実上の婚姻関係に関する申立書（第 2 号様式）（事実上の婚姻関係にある場合に限る）
- ⑦ 夫婦の双方に市税等の滞納がないことを確認することができる書類
- ⑧ 振込先口座が確認できる預金通帳等の写し

※ただし、⑤⑦については、市においてそれぞれの事実が確認できる場合で、市長がその事実を確認することに申請者が同意した場合には、添付を省略することができます。

《申請期限》

- ・原則として治療が終了した日の属する年度内に申請してください。
- ・申請が遅れる可能性がある場合には、下記までご連絡願います。

お問合せ先：二本松市こども家庭課母子保健係

（安達保健福祉センター内）

電話 0243-55-5110 FAX0243-23-1714