

西宮市特定不妊治療費助成事業

西宮市では、特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）を受けられたご夫婦に対し、経済的な負担の軽減を図るため、医療保険が適用されない治療費の一部を助成しています。

《受付期間》 「1回の治療（※）」が終了した日から**3か月以内**です。

※ 「1回の治療」とは、採卵の準備のための投薬開始から、体外受精または顕微授精を行い、妊娠判定日までの過程をさします。（具体的には裏面の治療内容区分A～F）

<p>助成対象 （①～⑤すべてに該当している方が対象）</p>	<p>① 西宮市内に住所を有する法律上の婚姻をしているご夫婦 ② 特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）以外の治療法で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ている方 ③ 指定医療機関で特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）を受けた方 ※治療開始時に法律上の婚姻をしているご夫婦である必要があります ④ 夫婦合算した前年（1月～5月までの申請の場合は前々年）の所得額が730万円未満（裏面の「所得算出方法」参照） ⑤ すべての申請における治療期間初日の妻の年齢が43歳未満であるご夫婦</p>
<p>助成額</p>	<p>治療内容区分については裏面に掲載</p> <p>治療1回あたり 治療内容区分A・B・D・Eは「15万円」 治療内容区分C・Fは「7.5万円」を上限とする</p> <p>＜初回申請の助成額の増額＞ 初回申請の治療に限り、「30万円」を上限とする （ただし治療内容区分C・Fは初回であっても7.5万円を上限とする）</p> <p>※2回目以降の申請は治療期間の終了日が、初回申請の治療終了日以前の治療の申請はできませんのでご注意ください。</p> <p>＜男性不妊治療を行った場合の追加助成＞ 特定不妊治療のうち、男性不妊治療（精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術）を行った場合は上記のほか1回の治療につき「15万円」を上限に追加助成する (治療内容区分C除く) ※平成27年4月1日以降の男性不妊治療から対象</p>
<p>助成回数</p>	<p>初めて助成を受けた際の治療期間初日における妻の年齢が</p> <ul style="list-style-type: none"> ●40歳未満の場合・・・通算6回まで ●40歳以上43歳未満の場合・・・通算3回まで <p>※平成29年度までに助成を受けた回数も含みます ※他の自治体において既に助成を受けた回数も含みます ※平成27年度までに助成を受けた通算期間が5年の場合は助成対象外 ※すべての申請における治療期間初日の妻の年齢が43歳以降のものは助成対象外</p>
<p>指定医療機関</p>	<p>西宮市が指定した医療機関・他の自治体が指定した医療機関</p>
<p>申請受付</p>	<p>西宮市保健所・各保健福祉センター (男性不妊治療費が含まれる場合は西宮市保健所へ)</p>

<p>申請関係書類</p>	<p>①西宮市特定不妊治療費助成事業申請書 【様式第1号】</p> <p>②西宮市特定不妊治療費助成事業受診等証明書 【様式第2号】</p> <p>③の領収金額の一致する領収書原本（窓口でコピーし、原本は返却します）</p> <p>④西宮市内に居住する法律上のご夫婦であることを証明する書類 (省略できる場合あり…下記参照) ※原則、続柄が記載された住民票の写しです。 ご夫婦が世帯主でない場合、夫婦別世帯の場合などは、お問い合わせください。 ※<u>マイナンバーの記載のないもの</u>をご用意ください。</p> <p>⑤ご夫婦それぞれの所得を証明する書類（市町村長の発行する所得証明書） (省略できる場合あり…下記参照) (平成30年4～5月に申請) 『平成29年度（所得は平成28年分）所得証明書』 ※平成29年1月1日に居住していた市町村での発行となります (平成30年6月～平成31年3月に申請) 『平成30年度（所得は平成29年分）所得証明書』 ※平成30年1月1日に居住していた市町村での発行となります</p> <p>④⑤について 下記に該当する方は、書類の提出を省略できる場合があります(様式第1号依頼書記入)</p> <p>④…夫及び妻が同一世帯の場合で、夫または妻が世帯主の場合 (世帯調書【様式第1-2号】の提出が必要)</p> <p>⑤…(平成30年4～5月申請の場合) 平成29年1月1日に西宮市民であった方 (平成30年6月～平成31年3月申請の場合) 平成30年1月1日に西宮市民であった方</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;"> <p>◎ 市県民税の申告をされていない方は申告が必要です ◎</p> <p>＜申告方法＞ 収入がない場合も申告が必要です 収入がない場合…市役所市民税課・各支所・アクタ西宮ステーション <印鑑持参> 収入がある場合…市役所市民税課・塩瀬支所・山口支所 <源泉徴収票・印鑑・マイナンバー持参></p> </div>
<p>支給方法</p>	<p>申請書等審査し、承認したときには、口座振込みにより支給</p>



相談・問い合わせ先
西宮市保健所 健康増進課
電話：0798-26-3667

体外受精・顕微授精の治療ステージと助成対象範囲

治療内容	採卵まで				採精(夫)	胚移植						助成対象範囲	
	(自然周期で行う場合もあり)	薬品投与(点鼻薬)	薬品投与(注射)	薬品投与(注射)		新鮮胚移植		凍結胚移植					
						胚移植	黄体期補充療法	胚凍結	薬品投与(自然周期で行う場合もあり)	胚移植	黄体期補充療法		(胚移植のおおむね2週間後)
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												
B	凍結胚移植を実施 ※1												
C	以前に凍結した胚を解冻して胚移植を実施												
D	体調不良等により移植のめどが立たず治療終了※2												
E	受精できず または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等により中止												
F	採卵したが卵が得られない、又は状態のよ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												
H	採卵準備中、体調不良等により治療中止												対象外

※1 B：採卵・受精後、1～3周期程度の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行なうとの主治医の治療方針に基づく治療を行った場合。

※2 D：「患者の体調悪化により、胚移植はもはやできない」と主治医が診断した場合に限ることを原則とします。主治医の治療方針が「数周期の間をあけて患者の体調回復を待ち、胚移植を実施する」という方針である場合は、治療継続中とみなし、Bに当たります。

※ 採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子を得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も助成対象となります。

所得算出方法

ご夫婦それぞれの所得を計算し、合計金額が730万円未満であれば申請をしていただくことができます。

《算出方法》【夫】(所得額) - (控除額) = A

【妻】(所得額) - (控除額) = B (A+B)の額が730万円未満であること。

	夫	妻
(1) 所得額 (詳細は下記の通りです)		
児童手当法施行令第3条第1項の控除	80,000円	80,000円
雑損控除【実額】		
医療費控除【実額】		
小規模企業共済等掛金控除【実額】		
(2) 控除額		
障害者控除(普通)【該当人数×27万円】		
障害者控除(特別)【該当人数×40万円】		
寡婦・寡夫控除【該当すれば27万円】		
特定寡婦控除【該当すれば35万円】		
勤労学生控除【該当すれば27万円】		
夫婦それぞれの所得額の合計 (1)-(2)	A	B

注1) (1)所得額とは、総所得・退職所得・山林所得・土地等に係る事業所得等・長期及び短期譲渡所得・商品先物取引に係る雑所得等などの合計です

・会社勤めの方：源泉徴収票の給与所得控除後の金額が目安となります

・個人事業主の方：事業収入－必要経費が目安となります

注2) 児童手当法施行令第3条第1項の控除(一人80,000円)は一律に控除される額です

注3) (2)控除額については実際に控除がなされ、課税証明書で確認できる場合に限りです

注4) AまたはBがマイナスとなる場合、0円として計算します

記入例

夫婦別々の印鑑を押してください

必ず昼間に連絡が取れる電話番号をご記入ください

申請者(夫婦が自署)の印鑑押印

氏名	(ふりがな) 氏名	生年月日
夫	(にしのみや たろう) 西宮 太郎 (印)	昭和 55年 4月 1日生 (37歳)
妻	(にしのみや はなこ) 西宮 花子 (印)	昭和 56年 4月 1日生 (36歳)
住所	〒662-0000 西宮市 ×××1-1 ××マンション 101 電話 0000 (00) 0000	
住所	〒 電話 ()	

過去にこの助成金を受けたことがありますか (西宮市以外での申請を含む)

ない
ある：過去(1)回受けた 前回申請：H27年 8月 申請した自治体：神戸市

<転入前の住所>
入籍日以降に西宮市に転入された場合は転入年月と転入前の住所をお書きください。

転入年月：H28年 8月 前住所：神戸市×××1-1

申請額 (男性不妊治療分を除く) ① 金 150,000 円 ※訂正印不可 (ABDE:上限15万円・初回のみ30万円。CF:上限7.5万円)

申請額 (男性不妊治療分) ② 金 0 円 ※訂正印不可 (上限15万円)

申請額合計 ①+② 金 150,000 円 ※訂正印不可

平成 〇年 〇月 〇日 西宮市長 様

ゆうちょ銀行の場合、振込用の店番(漢数字3桁)をご記入ください

金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
預金種別	普通 当座	(ふりがな) (にしのみや たろう) 口座名義人 西宮 太郎
口座番号	1 2 3 4 5 6 7	(左詰記入)

「西宮市特定不妊治療費助成事業受診等証明書」の治療内容により助成上限額が異なります
 <A・B・D・Eは150,000円(初回は300,000円)が上限
 C・Fは 75,000円(初回でも75,000円)が上限
 男性不妊治療は150,000円が上限>

※申請額は訂正印不可です。ご注意ください。

申請者どちらかの名義の口座(旧姓不可)をご記入ください