

令和7年度岩見沢市 不育症治療費助成事業申請のご案内

岩見沢市では、不育症に悩む方の経済的負担を軽減するため、不育症の検査及び治療費の一部を助成します。不育症とは、流産・死産・新生児死亡のいずれかの既往が2回以上ある場合をいいます。



助成対象者

不育症(疑いを含む)と診断され、対象となる検査及び治療を受けており、次の要件を全て満たす方

- ①婚姻をしている、または事実婚である
- ②夫婦のいずれかが、申請日の1年前から申請日までの間、引き続き岩見沢市に住所を要する(ただし、転勤・移住等により夫婦がともに転入した場合はこの限りではありません)
- ③夫婦のいずれも市税及び国民健康保険料の滞納がない
- ④他の市区町村で同一の治療に関して助成を受けていない
- ⑤「**北海道不育症治療費助成事業**」の助成決定を受けている

助成対象となる治療

不育症の因子を特定するための検査及び検査結果に基づく治療(医療保険適用の有無は問いません)

検査	子宮形態検査、染色体検査、内分泌検査、抗リン脂質抗体検査、凝固因子検査
治療	不育症治療としての投薬(アスピリン療法、ヘパリン療法、インスリン等)、手術療法、着床前診断、カウンセリング等

対象となる検査及び治療に支払った自己負担額から「**北海道不育症治療費助成事業**」の助成金を差し引いた額に対し、1回の治療につき10万円を上限として助成します。

助成回数と助成期間

通算助成回数、1年間あたりの助成回数、通算助成期間に制限はありません。

申請に必要な書類

	申請書類等	備 考
1	岩見沢市不育症治療費助成事業申請書	・申請の際に窓口でお渡しします。市のホームページからダウンロードすることもできます ・申請者はご夫婦のどちらかです(申請者と振込先名義人を同一にしてください)
2	不育症治療費助成事業受診等証明書	治療終了後に医療機関で作成を依頼してください
3	領収書・明細書の写し	2に記載されている治療期間内の領収書及び明細書全てが必要です。コピーは返却できません
4	通帳の写し	振込先の口座支店名、口座番号が記載されたページをコピーしたものがが必要です。
5	戸籍謄本	夫婦のいずれかが市外に住民登録している方のみ、発行後3か月以内のものを提出してください
6	事実婚関係に関する申立書	事実婚関係にある方のみ提出してください

※2、3、4、5は、「北海道不育症治療費助成事業」の申請時に、市への情報提供について同意いただければ必要ありません



申請期限

北海道不育症治療費助成事業の決定後、治療を終了した日の属する年度内に申請してください。

申請は郵送も可能です。

《不妊専門相談センター（おびひろARTクリニック）》

●メール相談: office-oac@keiai.or.jp

- ・相談は、月曜日から土曜日にメールにて受け付け、随時回答します。
- ・専門相談は、クリニックの医師が担当します。

妊娠・出産に関する悩み
（北海道HP）



【申請・お問合せ先】

こども家庭センター（であえーる岩見沢3階）

住所: 〒068-0024 岩見沢市4条西3丁目1番地

電話: 0126-22-3337