

阿波市スマイルファミリー不妊治療応援事業のご案内

阿波市では、子どもを望むご夫婦（事実婚を含む）が不妊治療を受けた際の経済的な負担の軽減を図るため、保険適用分の生殖補助医療（体外受精・顕微授精・男性不妊治療）にかかった治療費の自己負担の一部を助成します。

対象者 以下の（１）～（６）のすべてに該当する方



- （１）法律上の婚姻または事実婚をしている夫婦であること
- （２）申請日に、夫婦のどちらかが１年以上継続して阿波市の住民基本台帳に記録されていること
- （３）助成申請に係る治療の期間の初日における妻の年齢が４３歳未満であること
- （４）助成申請に係る治療について、他の自治体等が実施する治療の助成を受けていないこと
- （５）生殖補助医療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないかまたは極めて少ないと医師に診断されたこと
- （６）本事業の助成の申請日において、夫婦ともに市税（阿波市）の滞納がないこと

助成の対象となる治療

保険診療で行われた体外受精・顕微授精の治療

▼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	排卵まで			授精（夫）	（前培養・媒精（顕微授精）・培養） 受精	胚移植						（胚移植のおおむね２週間前後） 妊娠の確認	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）	（自然周期で行う場合もあり） 薬品投与（注射）	採卵			新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植		（自然周期で行う場合もあり） 薬品投与			胚移植	黄体期補充療法
						胚移植	黄体期補充療法		胚移植	黄体期補充療法					
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													助成対象		
B 凍結胚移植を実施*															
C 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施															
D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了															
E 受精できず 又は胚の分裂停止、編成、 他精子受精などの異常受精により中止															
F 排卵したが卵が得られない 又は状態の良い卵が得られないため中止													対象外		
G 卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止															
H 排卵準備中、体調不良等により治療中止															

*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うとの当初からの治療方針に基づく治療を行った場合

助成額

本事業の助成の額は、治療等に要した自己負担額の合計金額に相当する額とし、1回当たり10万円を限度とします。本人負担額に対し、医療保険各法等の保険者が負担すべき高額療養費及び保険者からの付加給付等がある場合は、これを控除するものとします。

助成回数

治療期間の初日における妻の年齢が、40歳未満であるときは1子ごとに6回まで、40歳以上43歳未満であるときは、1子ごとに3回までです。43歳以上であるときは助成の対象外となります。また、以前に行った体外受精又は顕微授精により作られた受精胚による凍結胚移植も1回とみなします。

助成の申請

生殖補助医療が終了した日から起算して6か月目の日の前日までに、必要書類を添えてご申請ください。



○必要書類

- (1) 阿波市スマイルファミリー不妊治療応援事業申請書（様式第1号）
- (2) 阿波市スマイルファミリー不妊治療応援事業受診等証明書（様式第2号）
- (3) 阿波市スマイルファミリー不妊治療応援事業受診等証明書（院外処方における調剤分）（様式第3号）
- (4) 生殖補助医療（保険適用分）に要した費用の領収書及び診療明細書の写し
- (5) 保険者が発行した高額療養費又は付加給付の明細書等の写し
- (6) 戸籍謄本（発行から3か月以内のもの原本）
- (7) 住民票（事実婚関係にある場合又は夫婦どちらかの住民票が阿波市外にある場合）（発行から3か月以内のもの原本）
- (8) 事実婚関係に関する申立書（事実婚関係にある場合）
- (9) 金融機関の口座が分かるものの写し
- (10) 市税（阿波市）に滞納がないことを証明する完納証明書（申請日付のもの）
- (11) その他市長が必要と認める書類

※申請書（様式第1号）と受診等証明書（様式第2号・様式第3号）については、

阿波市ホームページより印刷可能です。

※書類をご用意いただく際にかかった費用は自己負担となります。

＼こちらを読み取り／



助成の決定

申請書類の内容を審査し、審査結果を阿波市スマイルファミリー不妊治療応援事業助成金交付（不交付）決定通知書（様式第4号）により通知します。

申請窓口・お問い合わせ

阿波市役所 健康福祉部 健康推進課 ②番窓口

住 所：〒771-1695

徳島県阿波市市場町切幡字古田201番地1

電 話：0883-36-6815

受付日時：月～金（祝日を除く）8時30分～17時15分

※申請に関することで、ご不明な点がございましたら、お気軽にご相談ください。

