

川北町不育症治療費給与金について

治療の種類	医療機関で行われる医療保険適用外の不育症治療
対象者	・夫婦であること（事実婚含む） ・県内に1年以上住所を有すること ・治療日及び申請日現在において川北町に住所を有すること
助成期間	妊娠が認められるまで
助成金額	1年間で上限70万円まで（治療費の7割相当分）
必要書類	①不妊症等治療費給与金交付申請書 ②医療機関が発行した領収書及び明細書（<u>原本</u>） ③住民票（続柄の記載があるもの） ④振込先の口座番号が確認できる通帳またはキャッシュカード（写し） ※単身赴任等で夫婦が別々の住所を有する場合は、住民票では婚姻を確認できないため、戸籍謄本が必要 ※領収書及び明細書の原本は、申請済み印を押印し後日返却します。
申請期限	治療終了日の年度内 （治療終了日が属する年度で助成するため、 <u>年度末までに提出してください</u> ）
問い合わせ 申請先	川北町 福祉課（保健センター内） 電話：076-277-8388

