

新冠町マザーリーフ事業

(不妊・不育症治療費助成事業)

新冠町では、不妊・不育症治療を受けている方の経済的負担を軽減するため、治療に要する費用の一部を助成しています。

令和6年4月1日より、通院時の「交通費」も助成します。
詳しくは役場保健福祉課までお問合せください。

<対象となる方>

不妊・不育症治療を受けた方で、主な要件は以下のとおりです。

- (1) 夫婦ともに新冠町に住所を有しており、婚姻している夫婦（外国籍の方、事実婚関係の方を含む。）
 ※事情により夫婦の住所が違う場合はご相談ください。
- (2) 夫婦ともに町税等を滞納していないこと。

<対象となる治療と助成内容>

不妊治療費助成金

| 助成対象 | 助成額 |
|----------------------------|----------------------------|
| ① 一般不妊治療（タイミング法、人工授精） | 1回当たり15万円を限度 通算150万円を限度 |
| ② 特定不妊治療（顕微授精・体外受精） | |
| ③ 男性不妊治療（上記治療と併用して実施されたもの） | |
| ④ 先進医療（上記治療と併用して実施されたもの） | |
| 新⑤ 交通費（上記治療にあたって通院した場合） | 1回当たり通院5回を限度 |

○やむを得ず治療が中止された場合（卵胞が発育しない等により、卵採取以前に中止した場合を除き）も助成対象とします。

○第三者の精子・卵子・胚などの提供による治療、代理母、借り腹は対象外です。

不育症治療費助成金

| 助成対象 | 助成額 |
|---|--------------------------------------|
| ① 不育症の因子を特定するための検査 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 | 1回の検査・治療につき 10万円を限度 通算150万円を限度 |
| ② 検査結果に基づく治療 手術療法、着床前診断、抗甲状腺薬、甲状腺ホルモン剤、インスリン、低用量アスピリン療法、ヘパリン療法、カウンセリング | |

○「1回の検査・治療」は、原則、検査と妊娠を経て出産等に至るまでに実施した治療となります。

○医師の判断により治療を終了した場合については、検査と終了までに要した治療費を助成します。

○検査の結果、医師の判断により治療を実施しなかった場合や、他の診療科（産科及び婦人科以外）での治療とした場合は、検査に要した費用のみ助成します。

○検査治療に直接関係のない文書料、個室料等の費用は対象外です。

<申請の手続き>

下記の必要な書類を役場保健福祉課健康推進係（3番窓口）提出ください。

《不妊治療・不育症治療共通の必要書類》

- 新冠町マザーリーフ助成金交付申請書（窓口・ホームページにあります。）
※不妊治療と不育症治療、先進医療の申請書はそれぞれ違いますので、
ご注意ください。
- 医療機関発行の検査・治療に要した費用に係る領収書（写し可）
- 高額医療限度額適用認定証 又は 付加給付の支給が確認できる書類
（各保険者から交付される支給決定通知書等）（該当する方のみ）
- 通帳（振込先の確認できるもの）



《不妊治療費の申請》

- ・ 一般不妊治療費助成事業受診等証明書
又は
特定不妊治療費助成事業受診等証明書

先進医療を受けた場合

- ・ 特定不妊治療費助成事業受診等証明書
（先進医療分）
（窓口・町ホームページにあります。）
※医療機関にて発行・医師が記入した
もの。発行料金がかかる場合
があります。

《不育症治療費の申請》

『北海道不育症治療費助成事業が 該当する場合』

- ・ 道申請時に使用した受診証明書の写し
- ・ 道から発行される指令書（写し可）

『北海道不育症治療費助成事業が 該当しない場合』

- ・ 不育症治療受診に関する証明書
（窓口・ホームページにあります。）
※医療機関にて発行・医師が記入し
たもの。発行料金がかかる場合
があります。

たくさんの芽を出す母なる葉っぱ“マザーリーフ”

正式名称は「セイロンベンケイソウ」
ミラクルリーフ、幸せの葉っぱとも呼ばれます。



<申請・お問い合わせ窓口>

新冠町役場保健福祉課保健福祉グループ

健康推進係 保健師 ☎0146-47-2113