

稲城市不妊治療費助成事業のお知らせ

稲城市では、45 歳未満の方の生殖補助医療(体外受精・顕微授精)及び先進医療にかかる不妊治療費を助成します。

1. 助成対象者 (次の要件を全て満たす方)

- (i) 治療開始日～治療終了日まで、夫婦双方の住民票が稲城市内にある方(事実婚も含む)
- (ii) 生殖補助医療以外の治療法では妊娠の見込みがないか、又は極めて少ないと医師に診断された方
- (iii) 治療開始日の女性の年齢が45歳未満である方

次に掲げる場合は、不妊治療にかかる費用の助成ができませんのでご注意ください。

- (1) 夫婦(事実婚含む)以外の第三者からの精子、卵子及び胚の提供による不妊治療の場合
- (2) 代理母による不妊治療の場合
- (3) 借り腹による不妊治療の場合
- (4) 「医療保険」及び「先進医療」の範囲外の方法で不妊治療を受けた場合(医療保険適用の有無は問いません)

2. 助成対象治療と助成金額

以下、①～④のいずれかに該当する不妊治療を受けた場合に、助成します。

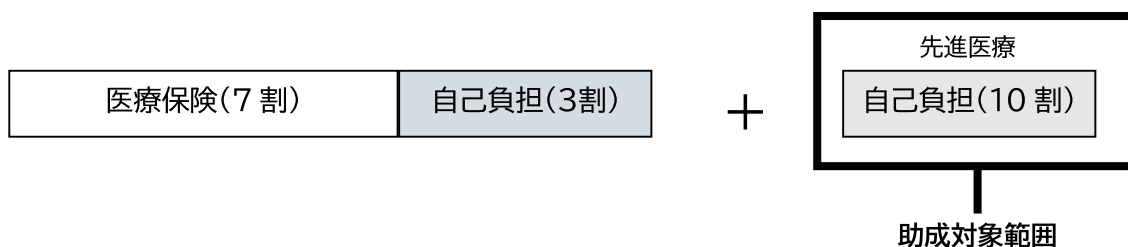
①、②を申請する方は先に東京都不妊治療費助成事業の承認・決定が必要です。

①医療保険適用の生殖補助医療と併用した先進医療(先進医療分のみ対象)
【令和8年3月31日以前に医療保険適用の治療を開始した方】

申請書における
対象区分…①

医療保険適用(※1)の生殖補助医療または先進医療(医療保険適用の生殖補助医療と併用)を受けた場合に、先進医療分に対して、1回(※2)につき上限3万円の助成を行う。

(先進医療費から東京都不妊治療費助成事業の助成額を差し引いた額に対して助成)



(※1) 医療保険適用は、治療開始時における女性の年齢が、40歳未満の場合は1子につき6回まで、40歳以上43歳未満の場合は1子につき3回まで。

(※2) 1回の数え方は、東京都不妊治療費助成事業に準じる。

②保険適用の生殖補助医療及び先進医療
【令和8年4月1日以降に医療保険適用の治療を開始した方】

申請書における
対象区分…②

医療保険適用の生殖補助医療または先進医療(医療保険適用の生殖補助医療と併用)を受けた場合に、医療保険適用の生殖補助医療及び先進医療に対して、1回につき上限3万円の助成を行う。

(自己負担額(※3)から東京都不妊治療費助成事業の助成額を差し引いた自己負担額に対して助成)



(先進医療は実施していない場合でも申請可)

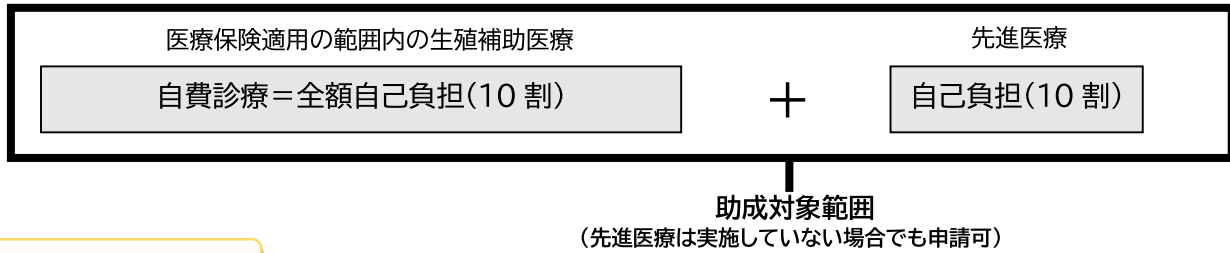
(※3) 高額療養費及び付加給付金を受けている場合にはその額を自己負担額から控除する。



**③・④医療保険適用の回数超過(③)・年齢超過(④)による
生殖補助医療及び先進医療（回数無制限・45歳未満）**

申請書における対象区分
…③（回数超過）
…④（年齢超過）

不妊治療の医療保険が適用される上記①・②の年齢・回数制限を超えたことによる「**自費診療**」、及び「**先進医療（実施した場合）**」を受けた場合に、1回につき上限3万円の助成を行う（回数無制限）。



3. 医療機関

【医療保険適用範囲内の生殖補助医療に係る医療機関】・・・日本産科婦人科学会登録施設
 【先進医療に係る医療機関】・・・保険診療と併用可能な「先進医療」の実施医療機関として届出
 または承認を受けている医療機関
※医療技術ごとに保険診療との併用ができる医療機関が異なるため、
 事前に受診している医療機関へご確認ください。

4. 申請手続き

(1) 申請に必要な書類（以下は、市ホームページからダウンロード、または配布しています。）

- ☐ (1) **【全員(①～④)】** 稲城市不妊治療費助成金交付申請書(様式第1号)
- ☐ (2) **【①及び②の申請者】** 東京都に提出した不妊治療費助成事業受診等証明書の写し及び承認決定通知書
- ☐ (3) **【③及び④の申請者】** 稲城市不妊治療費受診証明書(様式第2号)
- ☐ (4) **【全員(①～④)】** 稲城市不妊治療費助成金請求書(様式第4号)
- ☐ (5-1) 初回申請の方 ⇒ 以下 a.b.c.のいずれか
- ☐ (5-2) 2回目以降の申請の方で、前回申請時と婚姻関係に変更なし ⇒ 添付不要
- ☐ (5-3) 2回目以降の申請の方で、前回申請時と婚姻関係に変更あり ⇒ 以下 a.b.c.のいずれか
 - ☐ a.法律婚（同居かつ夫婦のいずれかが世帯主）…住民票
→※申請書表面「助成対象等確認欄」Bが☑の場合は、住民票不要
 - ☐ b.法律婚（上記 a.以外（市内別居、夫婦それぞれが世帯主等））…戸籍全部事項証明書（原本）
 - ☐ c.事実婚…夫婦それぞれの戸籍全部事項証明書（原本）、および夫婦それぞれの署名がある申立書（※）
- (※) ①2人が事実婚関係であること、②治療の結果出生した子について認知を行う意向であること、の記載がある任意の様式
- ☐ (6-1) **【②の申請者のみ】** 健康保険の資格情報が確認できる書類（夫婦双方）
⇒(マイナポータル上の資格情報画面のスクリーンショット、資格確認書等)
- ☐ (6-2) **【②の申請者のみ】** 限度額適用認定証区分が確認できる書類（夫婦双方）
⇒(マイナポータル上の資格情報画面における区分情報のスクリーンショット、資格確認書、限度額適用認定証等)
- ☐ (6-3) **【②の申請者のみ】** 高額療養費及び付加(附加)給付金の給付がある場合は支給額が分かる書類等
- ☐ (7) **【郵送の場合のみ】** 提出書類チェックシート

(2) 申請期間

対象区分	該当期間		市への申請期限（必着）
①・②で 申請	東京都不妊治療費助成の 承認決定のあった日が	4/1～12/31	翌年 3/31 まで
		1/1～ 3/31	同年 6/30 まで
③・④で 申請	治療終了日が	4/1～12/31	翌年 3/31 まで
		1/1～ 3/31	同年 6/30 まで

(3) 申請先

おやか包括支援センター窓口 または 郵送

※窓口にお越しの際は、振込先口座が分かるものをお持ちください。

お問い合わせ先

稲城市 おやか包括支援センター（TEL 042-378-3434）
 〒206-0804 東京都稲城市百村 112-1 稲城市保健センター 2階