

## 羅臼町特定不妊治療費助成事業のお知らせ

町では、不妊治療を受けている方の経済的負担を軽減するため、助成事業を始めます。

### 1. 対象となる治療

- (1) 特定不妊治療(北海道特定不妊治療費助成事業、(以下「道助成事業」という。))の対象となる治療。
- (2) 不妊治療のうち、注射や投薬、人工受精など保険適用外の治療。

### 2. 対象者等

- (1) 羅臼町の住民(住民登録を有する)。
- (2) 法律上の婚姻をしている者。
- (3) 夫婦の前年の所得(1月から5月までに申請については前々年の所得)の合計金額が730万円未満であること。
- (4) 道助成事業で、北海道知事が指定する医療機関で治療を受けた者。

### 3. 助成額及び期間

- (1) 1年度につき10万円(治療の内容によっては5万円)
- (2) 通算5年間を限度

### 4. 申請に必要な書類…(1)及び(2)については保健福祉課にあります。

- (1) 不妊治療費助成金交付申請書
- (2) 不妊治療費助成受診等証明書
- (3) 夫及び妻の所得額を証明する書類
- (4) 治療に係る領収書
- (5) 道助成事業の助成決定通知書の写し

### 5. 申請・お問合せ

羅臼町役場 保健福祉課 電話 87 - 2161

