

上松町不妊・不育症治療費助成事業



助成の対象となる方

次のいずれにも該当する方

- ① 不妊治療及び不育症治療以外の治療によっては妊娠の見込みがなく、又極めて少ないと医師に診断された夫婦
- ② 夫婦のいずれもが交付申請日において上松町に1年以上住所がある方、又は1年以上住所を有する見込みの方

助成の金額と期間

助成の対象は、医療機関において受けた不妊治療及び不育治療に係る自己負担額

- 金額：
 - ・助成対象経費の1/2（1円未満の端数は切り捨て）
 - ・1年間に30万円まで

●期間：通算して3年間まで

- ・助成の対象となる治療費に対する同種の助成又は補助金等の交付を受けている場合は、助成又は補助金等の金額を差し引いた額が助成の対象となります。
- ・長野県の助成事業を申請する場合は、県の申請を先に行ってください。

提出いただく書類

- ①不妊治療費助成金交付申請書（様式第1号）
- ②不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）
- ③不妊治療費助成金請求書（様式第4号）
- ④不妊治療及び不育治療に要した費用の領収書の原本
- ⑤住民票の写し（上松町に住所を有する場合は省略できる）

【提出先・問い合わせ先】
上松町役場
住民福祉課 保健衛生係
電話：52-2825