

天栄村不育症治療費助成事業

のお知らせ

村では、へパリンを主とした不育症治療を受けた方の経済的な負担を軽減するため、不育症治療費の一部を助成します。

《 対象者 》 次の要件をいずれも満たす方です

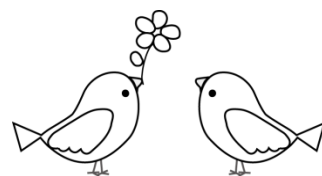
- ①法律上の夫婦で、夫婦ともに又は夫婦のいずれか一方が天栄村内に住所を有している方
- ②不育症治療が必要であると医師による診断を受けた方
- ③福島県不育症治療費助成事業の助成の決定を受けた方
- ④現在、夫婦又は夫婦のいずれか一方が他の市町村において不育症治療費の助成を受けていない方
- ⑤夫婦いずれも村税等の滞納がない方

《 助成の内容 》

不育症治療に要した費用の額から、福島県不育症治療費助成制度による給付額を控除した額を助成対象費用として、1回の妊娠期間の治療につき10万円を限度とし助成します

《 申請方法 》

- ①天栄村不育症治療費助成申請書（様式第1号）
- ②福島県不育症治療費助成事業承認決定通知書の写し
- ③福島県不育症治療費助成事業受診等証明書の写し
- ④法律上の婚姻関係にあることが証明できる書類（戸籍謄本）
- ⑤住所が確認できる書類（続柄記載の住民票等）
- ⑥村税等の滞納が無いことを確認できる書類（納税証明書又は非課税証明書等）



※④～⑥については、村が事実を確認することに申請者が同意する場合は、添付を省略できます。

《 注意 》

- ・原則として治療が終了した日の属する年度内に申請してください。
- ・申請が遅れる可能性のある場合には、下記までご連絡願います。

お問い合わせ先：住民福祉課健康増進係
（天栄村健康保健センター へるすびあ）
TEL 82-3800