

## 令和8年度

# 喜多方市生殖補助医療交通費支援事業助成金のお知らせ

喜多方市では生殖補助医療を受ける方の、遠方の医療機関への移動にかかる交通費の一部を助成する事業を実施しております。

**対象者** 次の要件を全て満たす方です。

- ①住所地从ら生殖補助医療を受けた医療機関まで概ね 60 分以上の移動時間を要すること
- ②夫婦ともに又は夫婦のいずれか一方（事実婚含む）が、治療又は検査を受けた期間および申請日において喜多方市に住所を有し、住民基本台帳に記載されている方

### 助成内容

夫婦の住所地から生殖補助医療（裏面参照）を受けた医療機関までの移動に要した費用（往復分）について、別表の通院先医療機関所在地の通院 1 回あたりの基準額に通院回数を乗じた額を助成する。ただし、「1 回の治療」（※1）につき8回を上限とする。

#### 別表

医療機関所在地	福島市・山形県 新潟県・栃木県	郡山市	いわき市 宮城県	茨城県	東京都 その他
通院 1 回あたりの基準額(円)	2,000	1,000	3,000	5,000	6,000

※1：「1 回の治療」とは、採卵準備のための「薬剤投与」の開始から「妊娠の確認」等に至るまでの生殖補助医療の一連の過程をいう。

### 申請期限

原則として不妊治療が終了した日の属する年度内  
ただし、治療が終了した月が3月である場合は、その年の4月末日まで

### 申請に必要な書類等

- ①喜多方市生殖補助医療交通費支援事業助成金交付申請書兼請求書（様式1号）
- ②通院状況確認書（様式2号の1、様式2号の2）
- ③医療機関が発行した生殖補助医療に係る領収書および明細書
- ④喜多方市生殖補助医療交通費支援事業助成金に係る照会等に関する同意書（様式3号）
- ⑤事実婚関係にあることを確認できる以下の書類  
ア 両人の戸籍謄本 イ 事実婚関係に関する申立書（様式4号）
- ⑥振込口座を確認できる通帳等の写し
- ⑦印鑑

#### 注意

- ・治療の終了後、速やかに市へ申請手続きをしてください。
- ・申請の際は、事前に連絡をお願いいたします。

【申請窓口・お問い合わせ先】喜多方市保健課健康推進室

☎0241-23-5834

## 生殖補助医療（顕微授精、体外受精）

下記の項目に該当される方が、助成対象となります。

### 治療の種類

治療ステージ A～F、男性不妊治療のいずれかに該当の方

A：採卵から新鮮胚移植を実施

B：採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施

（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために一定期間あけた後に胚移植を行う治療を行った場合）

C：以前に凍結した胚による胚移植を実施

D：体調不良等により移植のめどが立たず、治療終了

E：受精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子受精等により中止

F：採卵したが、卵が得られない、又は状態がよい卵が得られないため中止

**男性不妊治療：**精子を精巣または精巣上体から採取するための手術に限る

（手術を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため、治療を中止した場合も助成の対象）

### 治療期間

採卵の準備又は胚移植を行うための投薬開始～妊娠確認まで

（治療計画作成を行った場合は作成の日を含む）

### 留意事項

- ・他市町村に居住地を移した場合、助成対象となるのは本市に居住していた期間のみです。
- ・医療を受けた本人のみが助成の対象になります。同行者分は助成対象外です。
- ・診療を行わない薬や処方箋の受け取り、カウンセリングのみの通院は助成対象外です。