

項目		確認
1	不育症治療費等助成申請書	
2	不育症治療に関する証明書	協力医療機関で診断・治療を受けた場合 ⇒ 不育症治療等受診等証明書
		協力医療機関で診断・治療を受け、そこから紹介された医療機関に転院した場合 ⇒ 不育症治療等受診等証明書と不育症治療実施証明書
3	医療機関発行の領収書・明細書の原本 (*1)	
4	ご夫婦それぞれの加入健康保険証	
5	申請者名義の銀行口座がわかるもの (通帳など)	
6	ご夫婦それぞれのご印鑑 (認印で結構です)	
7	ご夫婦それぞれの所得が確認できる書類	1月～5月に申請で、前年1月1日に横須賀市に住民登録がない場合 ⇒ 前々年の所得を証明する課税(所得)証明書 (*2)
		6月～12月に申請で、その年の1月1日に横須賀市に住民登録がない場合 ⇒ 前年の所得を証明する課税(所得)証明書 (*2)
		国外に住所があり、課税(所得)証明書が発行されない場合 ⇒ 国外に住所があることを証明する書類 (*3)
8	住所および婚姻関係を確認できる書類 (*3)	ご夫婦とも市内在住で別世帯の場合 ⇒ 戸籍謄(抄)本
		ご夫婦の一方が市外在住の場合 ⇒ 市外の方の住民票と戸籍謄(抄)本
		配偶者が米軍属の場合 ⇒ 戸籍謄本

- (*1) コピーをとらせていただいた後、原本はお返しいたします。
- (*2) 課税証明書は、1月1日時点で住民登録のあった市町村で発行されます。横須賀市に住民登録がある方は、申請書の同意欄にサインがあれば、提出は不要です。
- (*3) (日本国籍の方) 戸籍の附表
(外国籍の方) 海外の源泉徴収票に相当する文書、在勤証明書、在学証明書など
(米軍属の方) W2 (Wage and Tax)

※申請に必要な書類は、申請毎に提出してください。

婦人科医師による妊娠に関する相談 (予約制) を行っています。

平成 30 年度の日程は下記のとおりです。
(予約先) こども健康課 TEL046-824-7141

H30年度	5月	7月	9月	11月	1月	3月
開催日	8(火)	10(火)	11(火)	13(火)	8(火)	12(火)
予約開始日	4/11	5/11	7/11	9/12	11/14	1/11

会場等の詳しい内容は、広報よこすかをご覧ください。
会場等のご予約は、こども健康課までお問い合わせください。

横須賀市こども育成部こども健康課

〒238-8550

横須賀市小川町 11 番地 はぐくみかん 5 階

TEL046-824-7141



※「はぐくみかん」一般利用者は、市役所北口駐車場をご利用ください。

不育症治療費の一部を助成します



横須賀市

不育症治療費

助成について

申請期間は治療が終了した日の属する年度 (4月1日から翌年3月末日) 内です。
年度末に治療終了予定で、期間内に申請が間に合わない場合は、必ず3月末日までにこども健康課までご連絡ください。

横須賀市こども育成部こども健康課

横須賀市小川町 11 番地 はぐくみかん 5 階

TEL 046-824-7141

(単位：円)

助成の内容

- (1) 不育症の診断を受けた後に実施した治療および検査費
 - ・1回の治療および検査費の10万円までは全額、10万円を超える分はその2分の1を助成し、1円未満は切り捨てとする。
 - ・1年度あたりの上限は30万円とする。
 - ・申請回数の上限はなし。
 - ・出生順位に関わらず対象とする
- (2) 不育症判定検査費
 - ・1年度あたりの上限は5万円とする。

申請者

- (1) 治療期間および申請日において、戸籍上の夫婦であること
- (2) 治療期間および申請日において、夫婦またはいずれか一方が横須賀市の住民基本台帳に登録があること
- (3) 夫婦の前年(1～5月の申請は前々年)の所得の合計額が730万円未満であること(表1参照)
- (4) 市税および国民健康保険料、市営住宅家賃、保育料、介護保険料等の市諸料金の滞納がないこと
- (5) 各種公的医療保険に加入していること

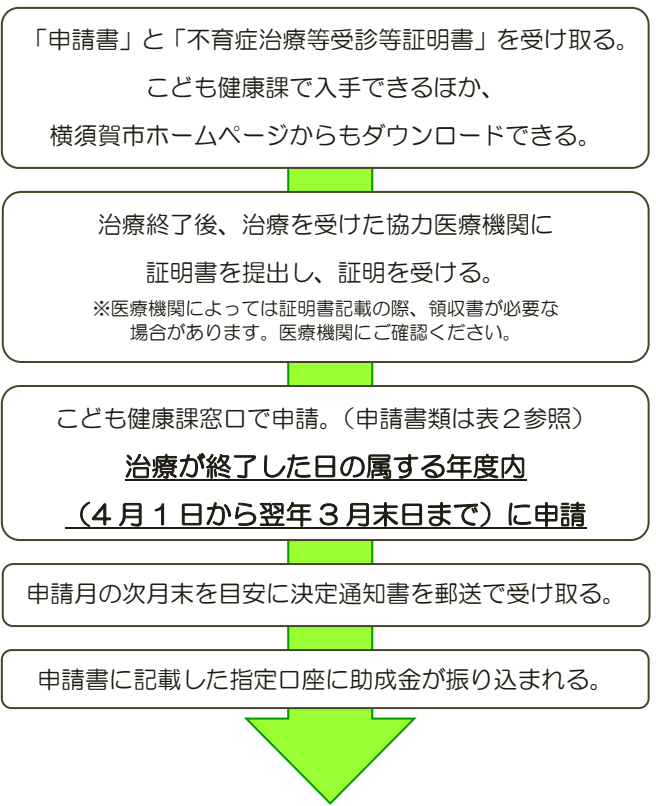
医療機関

- (1) 厚生労働省不育症研究班に属する医師が所属する医療機関
(「横須賀市不育症治療費助成事業における助成対象の協力医療機関リスト」参照)
- (2) 前項と同等の能力を有する医療機関であって、以下の条件をすべて満たす医療機関
 - ① 妊娠から出産までの継続した治療を行っていること
 - ② 妊娠期から出産後の母子のリスク管理ができること
- (3) 上記(1)(2)の医療機関で診断を受け、その後、その病院から紹介され不育症治療を行った医療機関

助成の対象となる費用

- (1) 不育症の診断を受けた後に実施した治療および検査費
- (2) 不育症判定検査費
 - ※ただし、下記ものは除く
 - ① 医療保険各法の規定に基づく保険給付の対象となる不育症治療・検査に係る費用
 - ② 入院時差額ベッド代、食事代、文書料等
 - ③ 他の地方公共団体に助成されていた期間に係る不育症治療・検査の費用
 - ④ 妊婦健康診査の助成をうけた不育症治療・検査の費用

申請から受給までのながれ



		夫	妻
所得額	A	総所得額	
	B	児童手当法施行令第3条第1項の控除額	80,000
控除額	C	雑損控除額(実際に控除された額)	
	D	医療費控除額(実際に控除された額)	
	E	小規模企業共済等掛金控除額	
	F	障害者控除額(普通)(該当者数 人) [該当者数×270,000円]	
	G	障害者控除額(特別)(該当者数 人) [該当者数×400,000円]	
	H	勤労学生控除額 (該当する場合270,000円)	
	I	控除額合計(B～Hの合計)	
対象所得額の算出	J	夫婦それぞれの所得額(A-I)	
	K	夫婦の所得額の合計(本事業の対象条件における所得額)(夫のJ+妻のJ)	

注1) Bについては、Aの総所得額がある場合に控除することができる。
 注2) C～Hまでについては、実際に控除がなされ、課税証明書で確認できる場合に限る。
 注3) Jについては、マイナスにはできない。マイナスになる場合は0円になる。