

令和6年度

倉吉市不育治療費等助成事業のお知らせ

倉吉市では、安心して子どもを生み、育てることができるよう、不育症の検査・治療を受けているご夫婦に対して、高額となる保険適用外の医療費負担を軽減するため、費用の一部を助成する制度を設けています。



助成対象者

次のすべてに該当する方が対象者です

- ① 法律上の婚姻をしている夫婦
- ② 助成金の申請時に夫もしくは妻のいずれか一方、またはその両方が1年以上継続して市内に住所を有し、及び1年以上居住している者
- ③ 他の市町村から給付対象の治療費に対する同種の助成金の給付を受けていない者
- ④ 社団法人日本生殖医学会が認定した生殖医療専門医が所属する医療機関において、当該専門医により不育症と診断され、その治療を受けている者
- ⑤ 各医療保険の被保険者又は被保険者の被扶養者
- ⑥ 市税等の滞納がない者



助成内容

不育症に係る検査・治療に要した保険適用外の金額の2分の1を助成。

1年度につき10万円を限度とします。

対象となる治療

令和6年（2024年）4月1日以降に開始した検査・治療が対象になります



申請方法

申請に必要な書類を添えて、倉吉市役所『子ども家庭課』に提出してください。

（郵送でも受け付けます。）





申請の期間～～

令和6年（2024年）4月1日 ～ 令和7年（2025年）3月31日

※ただし、令和7年 2月1日 ～ 3月31日 の間に治療が終了した場合は

令和7年 6月30日 まで申請できます。



令和7年4月1日～6月30日に申請をされた場合は

令和7年度分の助成金として扱います。



申請に必要なもの

1. 補助金等交付申請書
2. 補助事業等実績報告書
3. 補助金等支払請求書
4. 不育治療等実施計画〈報告〉書
5. 不育治療等実施医療機関証明書（様式第2号）
6. 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類
7. 夫及び妻の住所を確認できる書類
8. 夫及び妻の医療保険証の写し
9. 不育治療にかかる医療機関の発行する領収書（写し可）
10. 振込み先のわかるもの
11. 印鑑



●●●申請先・お問合せ先●●●

倉吉市子育て世代包括支援センター

子ども家庭課 すこやか支援係

倉吉市堺町二丁目 253 番地 1 倉吉市役所第2庁舎（2階）

電話： 0858-27-0031

