

山口県不妊治療（人工授精）費助成事業申請書 を提出されるみなさまへ

1 対象となる治療

保険適用診療の人工授精

※ 次に掲げる治療法は助成の対象となりません。

- ・夫以外の第三者からの精子の提供による不妊治療
- ・代理母（妻が卵巣と子宮を摘出したことなどにより、妻の卵子が使用できず、かつ、妻が妊娠できない場合に、夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するもの）

2 対象者

次のすべてに該当する方が対象です。

- ・県内に住所を有し、人工授精治療を受けている法律上の夫婦。
- ・申請日の前年（1月から5月までの申請日については前々年）の夫婦合算所得額が**730万円未満**の夫婦。

※ 所得額の計算は、児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）を準用します。
計算方法は、【参考】参照。

3 助成の内容

人工授精費用について、1年度9千円まで、通算5年間助成します。

ただし、3年目以降については、医師が必要と判断したものに限りです。

4 申請方法

- ・申請書等（「5 申請に必要な書類」を参照）を住所地の市町又は住所地の市町を管轄する県健康福祉センターへ提出してください。

なお、郵送による提出も可能です。

※ 市町に提出された場合、市町から県健康福祉センターへ送付された後、県健康福祉センターにおいて審査を行います。

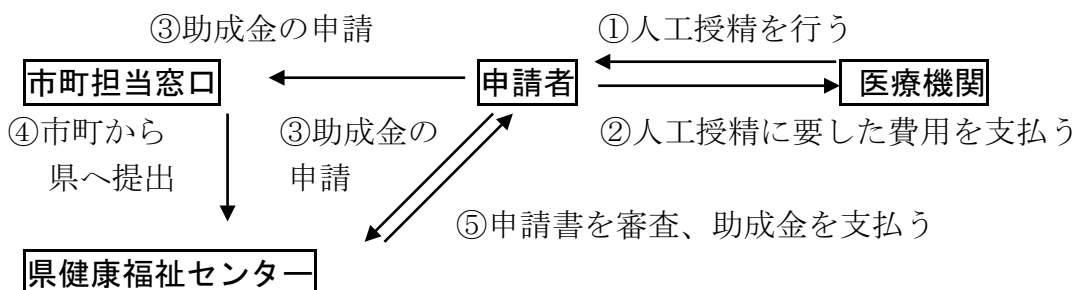
- ・申請書等は、治療を受けた日の属する年度内に提出してください（消印有効）。なお、3月に治療を受けた方で、年度内の申請が困難な場合、翌年度4月15日まで申請することができます。ただし、当該年度、既に限度額まで助成を受けた方は対象外です。

※ 期限を過ぎて申請書等を提出された場合、受け付けることができません。

※ 治療を受けた日別の提出期限例

治療を受けた日	申請書等の提出期限
4月1日～2月末日	3月31日（当該年度末）
3月1日～3月31日	翌年度 4月15日

【申請の流れ】



5 申請に必要な書類

- ① 山口県不妊治療（人工授精）費助成事業申請書（別記第1号様式）
- ② 山口県不妊治療（人工授精）費助成事業受診等証明書（別記第2号様式）
- ③ 夫婦の住所を確認できる書類（1ヶ月以内発行のもの）
（例）住民票（続柄記載あり）
- ④ 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（1ヶ月以内発行のもの）
（例）住民票（続柄記載あり）※③で提出する場合は不要です。
- ⑤ 夫婦それぞれの申請日の前年（1月から5月までの申請日については前々年）の所得を証明するもの（児童手当法施行令による控除が確認できるもの）
（例）市町が発行する所得課税（非課税）証明書
※ 源泉徴収票のみは不可（他の所得が確認できないため）
- ⑥ 医療機関発行の領収書（保険適用診療分）
※ 領収書の写しを提出する場合は、申請窓口へ原本を持参し、担当者による確認を受けた上で提出してください。
※ 入院治療がある場合、別途明細書の提出が必要です。
- ⑦ 必要に応じてその他の書類を求めることがあります。
（例）治療の内容を確認するための明細書など

注意：他の制度（一般不妊治療費助成制度）と同時に申請し、③、④、⑤の書類を添付している場合は、③、④、⑤の書類は省略できます。

必要に応じてその他の書類を求めることがあります。

【参考：所得額の計算方法】

児童手当法施行令による所得額	=	所得額 (※1)	-	80,000円 (※所得のある方のみ)	-	諸控除 (※2)
----------------	---	-------------	---	------------------------	---	-------------

↑

夫婦の合算額が730万円未満の場合に助成

(※1)

- ・源泉徴収票では、「給与所得控除後の金額」
- ・確定申告書Aでは、「第一表の所得金額の合計金額」
- ・確定申告書Bでは、「第一表の所得金額の合計金額」＋「第三表の所得金額から株式等の譲渡を除いた金額」
- ・課税証明書では、前年所得の合計金額

※ 自治体によって表記が異なります。「課税標準」の欄の総所得ではありません。

※ 前年所得の合計金額に「分離株式譲渡所得」がある場合、合計所得から除いてください。

(※2)

控除の種類	控除額
雑損控除	実際に控除された額
医療費控除	
小規模企業共済等掛金控除	
障害者控除（普通）	該当者数×270,000円
障害者控除（特別）	該当者数×400,000円
勤労学生控除	該当する場合 270,000円

～ 詳しくは、県健康福祉センターまでお問い合わせください ～

記入例

別記第2号様式

人工授精

受給者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

令和〇〇年〇〇月〇〇日

山口県不妊治療(人工授精)費助成事業受診等証明書

山口県知事

様

(医療機関)

住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇号

名称 〇〇病院

主治医氏名 〇〇 〇〇

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

下記の者について、人工授精による不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記の通り徴収したことを証明します。

記

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

(ふりがな)	(やまぐち たろう)	(やまぐち はなこ)
受診者氏名	夫 山口 太郎	妻 山口 花子
受診者生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日(〇〇歳)	昭和〇〇年〇〇月〇〇日(〇〇歳)
貴医療機関における人工授精による不妊治療の開始年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	
治療の医学的必要性(注)	有 ・ 無	
今回の治療日	令和〇〇年〇〇月〇〇日 令和〇〇年〇〇月〇〇日 年 月 日 年 月 日	
領収金額	[今回の治療にかかった金額合計 ※保険適用診療の人工授精に限る] 領収金額 〇, 〇〇〇 円 (領収書は裏面添付又は別添可)	
特記事項		

注 貴医療機関において人工授精による不妊治療を行った期間が2年を超える場合及び他の医療機関において人工授精による不妊治療を行った期間を含め治療期間が2年を超える場合に記入してください。