

大洗町不育症治療費助成事業のお知らせ

医療保険適用外の不育症治療を受けられた方へ治療費の一部を助成します。

●助成をうけることができる方(すべての要件を満たす必要があります)

- ①治療者本人が大洗町の住民基本台帳に記録されていること。
- ②医療保険各法の被保険者または被扶養者であること。
- ③申請者の世帯が町税等を完納していること。
- ④他市町村等で同様の助成の交付を受けていないこと。

●対象となる治療

保険適用外の不育症の検査及び治療。入院時の差額ベッド代、食事代、文書料等など直接検査及び治療に関係のない費用は対象外になります。

●助成の内容

1年度あたり1回(5万円まで)

●申請方法

次の必要書類を添えて、治療が終了した日の属する年度の3月31日までに申請してください。(やむを得ない事情で年度末までに申請が出来ない場合は、こども課までご連絡をお願いします。)

- ① 大洗町不育症治療費助成金交付申請書兼請求書(様式第1号)
- ② 大洗町不育症治療医療機関証明書(様式第2号)
- ③ 不育症治療費を証明できる医療機関発行の領収書(原本)
- ④ 健康保険証の写し

【お問合せ】

大洗町こども課

☎ 029-212-7560