

白老町不育症治療費助成事業のご案内

平成31年4月より、不育症の検査及び治療にかかった費用の助成を開始します。

※不育症とは、2回以上の流産や死産、新生児死亡を繰り返す場合をいいます。

対象となる方

下記のすべてに該当する方が対象となります。

- 申請日時点で、夫または妻のいずれか一方または両方が白老町に住所を有すること。
- 法律上の婚姻をしている夫婦であること。
- 夫および妻にかかる町税等に滞納がないこと。
- 北海道の不育症治療費助成事業による助成の決定を受けていること。



助成金額

検査及び治療に要した費用から、北海道不育症治療費助成事業で受けた助成額を差し引いた金額。
(※助成金額は1年度につき10万円を上限とする。)

対象となる検査及び治療

平成31年4月1日以降に検査及び治療を実施したもの。

(その内容については、北海道の不育症治療費助成事業に準じる。)

助成期間

通算で5年度を限度とします。

申請方法

北海道より助成の決定を受けてから45日以内に、下記の書類を白老町へご提出ください。

- 白老町不育症治療費助成事業申請書(様式第1号)
- 北海道知事が不育症治療費助成事業で助成を決定した指令文の写し
- 北海道へ助成申請する際に添付する「不育症治療費助成受診等証明書」の写し
(証明書については、申請書の中で同意をいただくことで、白老町から北海道へ写しを請求することができます。)
- 印鑑(シャチハタ不可)
- 通帳またはキャッシュカード

〒059-0904 白老町東町4-6-7
白老町総合保健福祉センター いきいき4♥6
健康福祉課 健康推進グループ (☎0144-82-5541)