

## 高山市人工授精治療費の助成について

高山市では、保険診療で受けた人工授精に要した費用の一部を助成します。

### ●対象となる治療

保険診療で受けた人工授精

### ●対象となる方

- ①治療開始時点において夫婦である方(事実婚含む)
  - ②治療期間および申請日のいずれにおいても夫または妻のいずれか一方または両方が市内に住所を有している方
  - ③市税等の滞納がない方
- 上記①～③ 全ての条件を満たしている方

### ●助成額及び助成期間

助成額 : 1年間につき(令和6年4月～令和7年3月)、治療に要した自己負担額の3万円を上限に助成します。

助成期間: 人工授精に係る事前検査等を開始した診療日の属する月から継続する2年間です。

### ●申請に必要な書類及び持ち物

1. 高山市人工授精助成金申請書(別記様式第1号)
2. 高山市人工授精助成金受診等証明書(別記様式第2号)
3. 申請しようとする治療に係る領収書、明細書の原本
4. 世帯全員の住民票  
(続柄、筆頭者が明記されているもの、マイナンバーの記載がないもの、本籍地省略可、発行3か月以内のもの)  
※夫婦別住所の場合、それぞれの住民票が必要です
5. 夫婦の婚姻日及び過去の治療によって出生した子の生年月日が確認できる書類  
(戸籍全部事項証明(謄本))
6. 事実婚の方は、事実婚関係に関する申立書(別記様式第3号)
7. 申請者の振込み先が確認できる通帳(1～2ページ)のコピー
8. 限度額適用認定証の写しまたは高額療養費の決定額が確認できる書類(※該当される場合)

※申請書類を準備の上、令和7年3月31日(月)までに高山市こども家庭センターへご提出ください。

### 【お問い合わせ先】

高山市こども家庭センター 0577-57-8001 平日: 午前8時30分～午後5時15分

