

中野区不妊検査等助成について

令和3年10月

■助成の概要

中野区では、東京都不妊検査等助成事業の承認決定を受けている方に対し、不妊検査等にかかった医療費(入院時食事療養費、差額ベッド代及び文書料は除く)の一部について助成します。

■対象者

下記全てに該当される方が対象になります。

- (1)東京都不妊検査等助成事業の承認決定を1年以内に受けている。
- (2)中野区への助成申請日(=消印日)に夫婦いずれかが、中野区に住民登録がある。
- (3)他の区市町村から、同一の治療に対し医療費助成を受けていない。

■助成の内容

1 助成額

不妊検査等の医療費から、東京都で承認決定された助成額を差し引いた額のうち、25,000円を上限に助成します。

医療費が東京都の助成額を超えている場合に、区の助成対象になります。

助成対象(例)

	夫	妻
不妊検査	精液検査、内分泌検査、画像検査、精子受精能検査、染色体・遺伝子検査 等	超音波検査、内分泌検査、感染症検査、卵管疎通性検査、フーナーテスト、子宮鏡検査 等
一般不妊治療	待機療法(タイミング指導)、薬物療法、人工授精 等	

※特定不妊治療(体外受精及び顕微授精)は特定不妊治療費助成の申請をしてください。

2 助成回数

夫婦1組につき1回

■申請期間(申請日は消印日)

東京都不妊検査等助成事業の承認決定を受けた日から1年以内

※東京都の承認決定日とは、東京都の不妊検査等助成承認決定通知書の右上に記載してある日付です。

(例)令和3年4月2日が承認決定日→中野区宛て申請期限は令和4年4月2日

■必要書類

1. 中野区不妊検査等助成申請書

(ホームページからダウンロード可。中野区役所 3階 子ども総合相談窓口でも配布。)

2. 東京都不妊検査等助成承認決定通知書の写し

3. 東京都不妊検査等助成事業受診等証明書の写し

4. 不妊検査等助成事業受診等証明書

※3. 東京都不妊検査等助成事業受診等証明書 に、検査に係る自己負担額のすべてが記載されていない場合(詳細はお問い合わせください)

5. 振込先口座番号と支店番号がわかる、通帳かキャッシュカードのコピー(クレジットカード機能が ついているものは不必要な情報を黒塗りするなどして消してください)

6. 夫婦が同住所ではない場合は、戸籍謄本(発行から3か月以内のもの)

■申請方法と申請窓口

必要書類を郵送してください(消印日が申請日となります)。

窓口へ直接持参することもできますが、書類の受領のみとなり審査等はいりませんので
ご了承ください。

助成が決定した場合は、「中野区不妊検査等助成決定通知書」を申請者へ郵送し、お
知らせします。

申請から助成金の振込までは、概ね 3 か月程度かかります。

■申請時の注意事項

◎ご夫婦で住民登録地が異なる場合は、申請書の【本人】欄は、中野区に住民登録がある
方でご請求ください。

・振込先に旧姓の口座は指定できません。

・「不妊検査等助成事業受診等証明書」を医療機関に記載してもらう場合の文書料は自己負担となります。

・申請は1回に限りますので、検査等のある程度行ったうえで申請してください。

・消すことのできるボールペンや鉛筆など記載内容が消える筆記用具は使用しないでください。

・修正がある場合は、修正部分を二重線で消し、印鑑を押してください。修正液や修正テープ
は使わないでください。(申請金額の変更はできません)

・印鑑は、朱肉を使うもので押印ください。欠けたり、滲んでいるものは無効です。

・外国籍の方で印鑑をお持ちでない方は、「サイン」をしてください。

・書類等の確認のため、担当者から連絡することがあります。平日昼間の時間帯でご連絡が取れる電話番
号をご記入ください。

〈申請窓口・問い合わせ先〉

〒164-8501 中野区中野4-8-1

中野区役所 3階 子育て支援課 母子医療助成係

TEL 03-3228-5484

FAX 03-3228-5657