

<東川町不妊治療費助成チェックシート>

- このチェックシートは本事業の対象に該当するかどうかを事前に判断するためのものです。
- (1)～(7) 全てにおいて『対象』となる必要があります。(生殖補助医療の方は(8)(9)も『対象』となる必要があります。)
- このチェックシートを申請の前に(可能であれば治療開始前に)保健福祉課まで提出してください。
来所が難しい方は、お電話での聞き取りでも構いません。

氏名	性別	生年月日(年齢)	連絡先	住所
妻)				
夫)				
(1) 夫婦の住民票	<input type="checkbox"/> (治療開始した方) 夫婦ともにまたはいずれかが、治療を受けた日の6か月前から東川町に住民票がある。 <input type="checkbox"/> (まだ治療開始していない方) 夫婦ともにまたはいずれかが、東川町に住民票がある。		いずれか☑で対象 条件: 治療を受けた日の6か月前から申請日時点においても東川町に住民票があること。	
(2) 夫婦の関係性	<input type="checkbox"/> 法律上の夫婦(入籍している) <input type="checkbox"/> 事実婚		いずれか☑で対象 条件: どちらか一方またはどちらも <u>重婚</u> ではない。 申請時に戸籍謄本(発行日より1か月以内のもの)にて確認	
(3) 治療開始日	<input type="checkbox"/> 令和5年4月1日以降 <input type="checkbox"/> 令和5年4月1日より前に治療を開始し、現在も治療中		対象 条件付き対象 条件: 年度をまたぐ治療であれば対象となる可能性あり(要相談)	
(4) 税金の滞納	<input type="checkbox"/> 町民税等の滞納がない 夫婦いずれも町民の場合はどちらも滞納がないこと。		対象	
(5) 健康保険加入	<input type="checkbox"/> 夫婦ともに健康保険に加入		対象	
(6) 治療を受ける医療機関	<input type="checkbox"/> 産婦人科、又は泌尿器科		対象	
(7) 他自治体からの助成	<input type="checkbox"/> 夫婦ともになし		対象	

【生殖補助医療の場合】

(8) 妻の年齢と助成回数	<input type="checkbox"/> 治療開始時に妻の年齢が43歳未満	対象
(9) 助成回数	<input type="checkbox"/> 初めての治療開始時点の妻の年齢が40歳未満の場合は、通算6回(1子ごと)→今回【 】回目 <input type="checkbox"/> 初めての治療開始時点の妻の年齢が40歳以上43歳未満の場合は、通算3回(1子ごとに)→今回【 】回目	いずれか☑で対象

*このチェックシートで知り得た個人情報は、本事業以外には使用しないことを申し添えます。