

## 「福井県不妊検査・一般不妊治療費助成事業」対象者の「小浜市不妊治療費助成事業」における対象診療および助成金額算出の考え方

### 「福井県不妊検査・一般不妊治療費助成事業」対象

対象費用：保険適用を問わず、不妊の検査、一般治療にかかった夫婦2人分の経費  
 対象期間：検査開始から2年以内  
 (その他詳細な対象制限については、福井県の事業要綱等参照)

A:保険診療自己負担額

B:保険適用外治療費

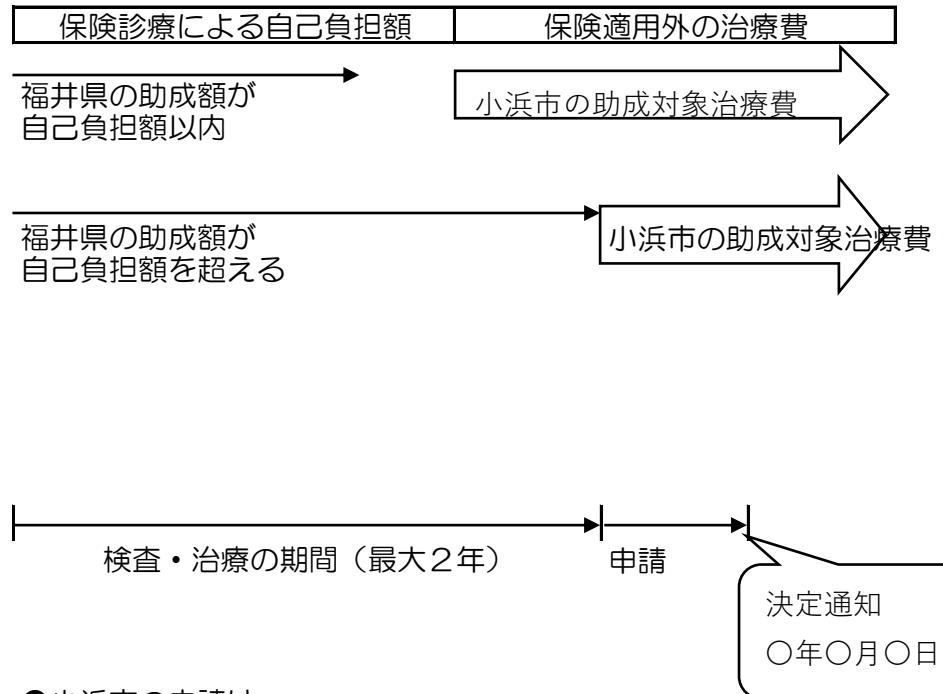
C:県申請額

D:県助成決定額

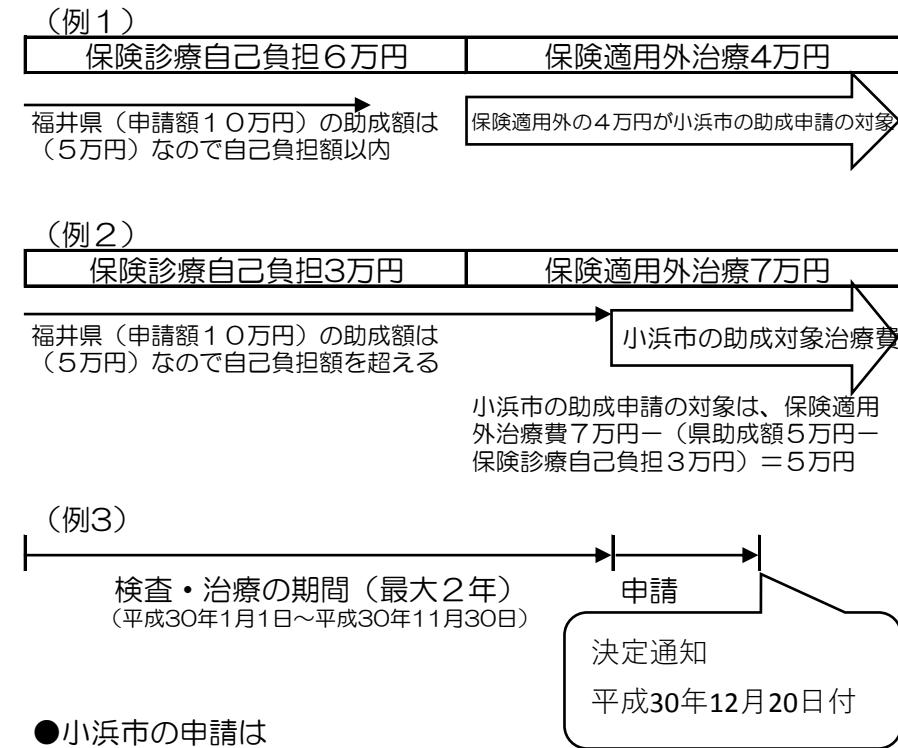
E:小浜市助成申請対象額

 $A+B \leq 10\text{万円} = C$  $1/2C = D$ D  $\leq$  Aの場合、

B = E

D  $\geq$  Aの場合、 $B - (D - A) = E$ 

●小浜市の申請は  
 決定通知の属する年度の申請として、  
 その決定通知にかかる小浜市の助成対象治療費分を  
 含めることができます。  
 その場合、小浜市の助成申請書の治療期間は初日を  
 決定通知の属する年度の4月1日とし、当該年度末ま  
 での保険適用外治療費を1回として申請することができます。



●小浜市の申請は  
 決定通知の属する年度である30年度の申請として、  
 その決定通知にかかる小浜市の助成対象治療費分を  
 含めて申請することができます。  
 その場合、小浜市の助成申請書の治療期間は初日を  
 平成30年4月1日とし、平成31年3月31日までの  
 保険適用外治療費を1回として申請することができます。