

朝来市 不育症治療費助成事業

朝来市では、不育症についての検査又は治療を受けられたご夫婦に対し、経済的な負担を軽減するため、医療保険適用外の医療費の一部を助成いたします。

お願い

申請予定のある方は、対象者の要件を確認し、
子育て支援課へお問い合わせください。
制度について説明し、申請書類をお渡しします。



不育症治療費助成事業

《 対象者 》

※以下の(1)～(6)のすべてに該当する方が対象です。

- (1) 朝来市内に住所を有する、夫婦（事実婚を含む）であること
不育症の治療等の期間及び申請日において夫婦のいずれもが朝来市民であること
- (2) 治療等を行った期間の初日における妻の年齢が43歳未満であること
- (3) 不育症(2回以上の流産や死産、早期新生児死亡の既往がある)と医師に診断されていること
- (4) 国民健康保険その他の医療保険に加入していること
- (5) 申請に係る治療等について、他の自治体から同様の助成を受けていないこと
- (6) 夫婦のいずれもが市税及び市の徴収金を滞納していないこと

《 助成内容 》

助成対象となる不育症の治療等については裏面をご覧ください

助成金額	申請日以前に行った不育症の治療費等の合計額に対し、 1年度につき15万円を上限に助成する
申請方法	治療等が終了した日から、 3か月以内に子育て支援課に提出 下さい
申請に必要な書類	(1) 不育症治療費助成金支給申請書兼請求書(様式第1号) (2) 不育症治療費助成金に係る受診等証明書(様式第2号) (3) 不育症治療費助成金に係る受診等証明書(薬局用)(様式第3号) (4) 不育症の治療等を行った医療機関及び薬局の発行する領収書(原本) (5) 健康保険証の写し ★上記(1)(2)の書類は、子育て支援課窓口にご用意があります。 または朝来市のホームページからダウンロードできます。



《助成対象となる治療等》

対象者（夫婦染色体検査のみ夫を含む）が医療機関で受けた医療保険適用外の不育症の治療等のうち、以下に該当するものに要した費用

- (1) 不育症の検査
不育症のリスク因子の検査

一次スクリーニング	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピン β_2 グロブリン I（CL β_2 GP I）複合体抗体
		抗カルジオリピン（CL）IgG 抗体
		抗カルジオリピン（CL）IgM 抗体
		ループスアンチコアグラント
	夫婦染色体検査	
選択的検査	抗リン脂質抗体	抗 PEIgG 抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体）
		抗 PEIgM 抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体）
		抗 PS/PT 抗体 （フォスファチジルセリン依存性抗プロトロンビン抗体）
		ネオ・セルフ抗体（抗 β_2 GP I/HLA-DR 抗体）
	血栓性素因スクリーニング （凝固因子検査）	第Ⅷ因子活性
		プロテイン S 活性又はプロテイン S 抗原
		プロテイン C 活性又はプロテイン C 抗原
		APTT（活性化部分トロンボプラスチン時間）

(2) 不育症の治療

- ① 低用量アスピリン療法
② ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射療法及びヘパリノイド又はダナパロイドナトリウムを使用する治療を含む）

不育症とは・・・

妊娠はするけれども2回以上の流産や死産、もしくは早期新生児死亡を繰り返して、結果的に子どもを持てない場合を「不育症」と呼びます。
不育症の原因はさまざまですが、その中には治療を受けることで、出産につながる場合もあります。あきらめずに産婦人科の主治医に相談してみましょう。



【申請先・お問い合わせ】

朝来市こどもみらい部 子育て支援課 こども健やか係
電話 079-666-8103
〒669-5267 朝来市和田山町法興寺378番地1
（朝来市保健センター内）

