

## 洲本市不育症治療費助成事業のご案内

洲本市では、不育症治療を受けられるご夫婦の経済的負担を軽減するため、その治療費等の一部助成事業を行っています。

申請予定のある方は、手続き方法等について説明させていただきますので、事前にご連絡をお願いします。

助成対象者 ※すべての事項に 該当する方	(1) 洲本市内に住所を有する法律上の婚姻をしているご夫婦 不育症治療の全期間及び助成の申請日において、本市に住所を有すること (2) 不育症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) 不育症と医師に診断されていること (4) 申請日の属する年の前年のご夫婦合算の所得額が400万円未満であること (5) 治療等を行った期間は、当該年度の4月1日から3月31日までであること (6) 他の地方公共団体が実施する不育症の治療等の助成を受けていないこと (7) 市税を滞納していないこと
助成内容	医療機関で受けた不育症治療費等のうち <u>医療保険が適応されないもの※</u> に限ります
助成額	治療等に要した費用の2分の1です
助成回数	年度中に1回のみ ただし、通算助成回数は制限しません
申請書類等の 配布・受付場所	洲本市健康増進課（洲本市健康福祉館1階） 月～金 午前8時30分～午後5時15分（土日祝 除く）
受付期間	治療等を実施した日の属する年度内
申請関係書類	(1) <u>洲本市不育症治療費助成事業申請書兼請求書</u> (2) <u>洲本市不育症治療費助成事業受診等証明書又は洲本市不育症治療費助成事業等証明書（薬局用）</u> (3) 戸籍謄本（抄本）※初回申請時のみ (4) ご夫婦の住民票の写し（続柄が記載されたもの） (5) 夫および妻の所得額を証明する書類 （市町村民税県民税所得課税証明書等） (6) <u>市税の納税証明書</u> (7) 振込希望口座の通帳もしくはカード (8) 印鑑（スタンプ印不可。夫と妻の2種類）
支給方法	申請書等を審査し、承認したときは決定通知書を送付し、口座に振り込みます

※該当する検査内容は裏面に記載しています。

各請求書等、ダウンロード可。

母子健康総合支援窓口では、書類申請の手続き方法以外にも治療等にかかる様々な不安や悩みについて『母子保健コーディネーター』がお話をお聞きます。秘密は厳守いたします。  
どのようなことでもお気軽にご相談ください。

<問合せ先>

洲本市健康増進課 母子健康総合支援窓口

TEL：0799-22-3337

不育症治療助成対象検査及び治療内容

(1) 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 (CLβ2GP I 複合体抗体、CL IgG、IgM 抗体、ループスアンチコアグulant)
- ・ 夫婦染色体検査 (夫を含む)

選択的検査

- ・ 抗リン脂質抗体 (抗 PEIgG 抗体、抗 PEIgM 抗体)
- ・ 血栓性素因スクリーニング (凝固因子検査)  
 (第ⅩⅡ因子活性、プロテインS活性・抗原、プロテインC活性・抗原、APTT)

(2) 絨毛染色体検査

(3) 低用量アスピリン療法

(4) ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射療法を含む)

抗リン脂質抗体 (CLβ2GP I 複合体抗体、CL IgG、IgM 抗体、ループスアンチコアグulant) 夫婦染色体検査 (夫を含む)	検査費 検査費のすべて
抗リン脂質抗体 (抗 PEIgG 抗体、抗 PEIgM 抗体) 血栓性素因スクリーニング (凝固因子検査) (第ⅩⅡ因子活性、プロテインS活性・抗原、プロテインC活性・抗原、APTT)	検査費 検査費のすべて
絨毛染色体検査	検査費 検査費のすべて
低用量アスピリン療法	薬内服費 薬内服費のすべて
ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射療法を含む)	薬内服費 薬内服費のすべて