

令和5年4月1日以降に行われた不育症の検査・治療について、助成対象となる方の所得制限がなくなりました。

令和5年度（2023年度）7月1日改訂

宝塚市不育症治療支援事業

宝塚市では、不育症についての検査及び治療（以下「治療等」という）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、医療保険が適用されない治療等の費用の一部を助成します。

助成対象となる治療等 ※1			助成額
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 グルコプロテインI (CL β_2 GP I) 複合体抗体	検査に要した医療費の <u>10分の7</u> の金額 (1円未満切り捨て)
		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		
検査 (選択的検査)	抗リン脂質抗体	抗PEI gG 抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)	治療に要した医療費の <u>2分の1</u> の金額 (1円未満切り捨て)
		抗PEI gM 抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)	
	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活性もしくはプロテインS抗原	
		プロテインC活性もしくはプロテインC抗原	
APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)			
治療	低用量アスピリン療法		
	ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射)		
	※ヘパリノイド (ダナパロイドナトリウム) を含む		

※1 国内の医療機関で実施されたものに限ります。

1 助成対象者

以下の(1)～(4)のすべてに該当している方が対象となります。

- 宝塚市内に住所があり、法律上婚姻をしている夫婦。
※住民票が宝塚市にある期間の治療等であることが必要です。
- 申請にかかる治療等を行った期間の属する年度の初日、及び、治療等を行った期間の初日において妻の年齢が43歳未満。
- 不育症と医師に診断されていること。
- 申請する治療等について、他の自治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。

2 対象となる治療等の時期、年齢、申請期限

- 令和5年(2023年)4月～12月までの治療等の申請期限は、令和6年(2024年)3月末日までです。
- 令和6年(2024年)1月～3月までの治療等の申請期限は、令和6年(2024年)6月末日までです。

《必ずお読みください》

令和6年(2024年)3月末日までに妻の年齢が43歳に達する場合の申請期限は、令和6年(2024年)3月末日までです。

満43歳になった方は、必ず年度内にご申請ください。年度を超えての申請はできません。

3 申請書類等

必ず必要な書類

不育症治療支援事業申請書（様式第1号）

不育症治療支援事業受診等証明書（様式第2号）（様式第3号）

- ・「医療機関用」又は、「医療機関用」と「薬局用」を提出してください。
- ・主治医もしくは薬局が記入する書類です。

※各様式は、宝塚市のホームページからダウンロードできます

不育症治療費等の助成 宝塚市公式ホームページ

<https://www.city.takarazuka.hyogo.jp/kyoiku/kodomokenko/1017972.html>

領収証の原本（お持ちの方は、診療明細書も提出してください）

- ・受診等証明書の治療年月日及び領収金額と一致するもの。
- ・確定申告等で原本が必要な場合は、原本を確認し、コピーの上、返却します。



宝塚市ホームページ
不育症治療支援事業
(ID 1017972)

ご本人の同意があり、市で状況が確認できれば、提出を省略できる書類

住民票の写し …世帯全員及び続柄の記載があるもので発行から3か月以内のもの。

個人番号（マイナンバー）の記載が無いもの。

住民基本台帳を確認することに同意し、住民であることが確認できた場合は、書類の提出が省略可能です。

戸籍謄本（戸籍全部事項証明書）

- ・本籍地の市町村で交付申請してください。
- ・住民票等で婚姻している夫婦であることが確認できた場合（夫及び妻が同一世帯で、夫または妻が世帯主の場合）は、書類の提出が省略可能です。

*申請書類をご用意いただく際にかかった費用は、自己負担になります。

4 認定・支給までの流れ

窓口で申請された書類を審査し、承認（不承認）決定通知を後日送付します。

助成金の振込までには2か月程度かかります。

【申請受付・お問い合わせ先】宝塚市健康推進課（宝塚市立健康センター）不育症治療支援事業担当

〒665-0827 宝塚市小浜4丁目4番1号

TEL 0797-86-0056 FAX 0797-83-2421

*お電話等をおかけの際は、番号をお確かめのうえ、おかけ間違いのないようお願いいたします。

<参考>

～兵庫県不育症検査助成事業について～

流産産検体を用いた遺伝子検査（次世代シーケンサーを用いた流産産絨毛・胎児組織染色体検査）
先進医療である実施医療機関で行われたものに限ります。

<申請先・お問い合わせ先>兵庫県庁健康増進課 〒650-8567 兵庫県神戸市中央区下山手通5-10-1

TEL078-341-7711（代）