

養父市不育症治療費助成事業

不育症の検査・治療（以下「治療等」という。）を受けられた方に対し、経済的な負担を軽減するため、医療保険が適用されない医療費の一部を助成します。

助成対象	以下の①～④の全てに該当している方が対象です ① 治療期間及び申請日に養父市に住所を有する方（法律上の婚姻関係の有無は問いません） ② 検査または治療開始時の妻の年齢が 43 歳未満 ③ 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方 ④ 他の自治体を実施する不育症の治療等の助成を受けていないこと ※ 所得制限はありません。
助成内容及び助成額	（助成額・内容） 医療保険が適用されない不育症の治療等に要した費用のうち、市が定めたものに限り全額【※1】裏面参照 （助成回数）1 年度の医療費について 1 回※通算助成回数の制限はありません
申請期間	治療等が終了した日から 3 か月以内または、治療を実施した日の属する年度内（3 月 31 日まで）のどちらか早い日まで * 医療機関の証明書を取得後、速やかに申請してください * 申請が、治療を行った年度の年度末を越えそうな場合は、事前に子育て応援課までご連絡ください
申請関係書類	① 養父市不育症治療費助成事業申請書（様式第 1 号） ② 養父市不育症治療費助成事業受診等証明書（様式第 2 号） ③ 養父市不育症治療費助成事業受診等証明書（薬局用）（様式第 3 号） ④ 領収書（受診等証明書の領収年月日及び領収金額と一致するもの） ※ 以下の書類は、本申請の審査に必要な範囲で、戸籍、住民票の確認を市が行うことに同意いただければ不要になります ⑤ 養父市内に居住することを証明する書類（住民票等）
必要書類の入手	①②③ 子育て応援課またはホームページ
申請窓口	養父市子育て応援課（養父地域局 2 階）
支給方法	承認決定通知後、申請者の指定口座へ振り込み

対象の治療等は裏面をご確認ください

【助成内容】※ 1 不育症の治療等

(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	抗カルジオリピン β_2 グロコプロテイン I (CL β_2 GPI) 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		
検査 (選択的検査)	抗リン脂質抗体	抗 PEI IgG 抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
		抗 PEI IgM 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)		

(2) 不育症の治療

ア 低用量アスピリン療法

イ ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射療法)

※ヘパリノイド (ダナパロイドナトリウム) によるものを含む。

【お問い合わせ】

養父市広谷 250 番地 1

養父市子育て応援課

TEL 079-664-0315

