



不育症治療支援事業ご案内



三田市では、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検査及び治療費の一部を助成します。

《対象者》以下の①～⑤のすべてに該当している方が対象となります。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ① 三田市内に住所を有し、婚姻をしている夫婦（事実婚を含む）であること
※年度内の当該助成に係る治療等の期間に、婚姻中（事実婚を含む）の三田市民であること ② 当該助成に係る治療等の期間の初日における妻の年齢が43歳未満であること ③ 2回以上の流産（生化学的流産を除く。）死産又は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 当該助成に係る治療等について、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 |
|---|

《助成内容》

- ① 助成額 国内の医療機関で受けた医療保険が適用されない不育症の治療等に要した医療費
【対象となる不育症の検査】当該検査に要した費用の7/10を助成
【対象となる不育症の治療】当該治療に要した費用の1/2を助成
ただし、1回当たりの上限を15万円とする
- ② 助成回数 1年度（4月1日から翌年3月31日）に1回
※年度内に複数回の治療等を実施した場合は、年度内で1回にまとめて申請すること
- ③ 対象となる治療等の期間 各年度の4月1日～3月31日
- ④ 申請受付期間 各年度の4月1日～3月31日の期間に受けた治療等については、その年度の3月31日までに申請
※年度を超えて治療等を継続している場合は、年度毎に1回ずつ申請すること
※治療等を受けている年度途中で43歳になった方は年度内の3月31日まで
- ⑤ 対象となる治療等
＜不育症の検査＞

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 グルコプロテインI（CLβ 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		
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β2GPI/HLA-DR抗体）
血栓性素因スクリーニング（凝固因子検査）		第Ⅶ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）

<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法を含む。また、ヘパリノイドを使用するものを含む。）

《必要書類》

- ① 三田市不育症治療支援事業申請書兼請求書
- ② 三田市不育症治療支援事業受診等証明書
- ③ 領収書原本
- ④ 戸籍謄本（抄本）（※）住民票で夫婦の婚姻関係がわからない場合のみ必要です
- ⑤ 住民票の写し等居住を証明する書類（※）世帯全員及び続柄記載のあるもの
- ⑥ 振込口座が確認できるもの（通帳等）

①②は子ども政策課窓口にあります。また、市ホームページからもダウンロードできます。

※印④⑤は、発行後3か月以内のものをご持参ください。（証明書等交付に必要な手数料は自己負担になります。）

※印⑤は、ご本人様の同意があれば市で確認し、書類の提出を省略できる場合があります。（三田市に住民票がある方で書類の発行が可能な場合に限りです。）

【申請受付・お問い合わせ先】 ※申請される場合は、事前に担当までご連絡ください。

三田市 子ども政策課

三田市川除675（三田市総合福祉保健センター内）

電話：079-559-5701 FAX：079-559-5705