

# 令和8年度 丹波市不育症治療費助成事業のご案内

丹波市では、『希望が叶い、みんなで子育てを応援するまちづくり』の実現ため、不育症と診断されたご夫婦に対し、医療保険が適用されない不育症の検査及び治療費の一部を助成します。

## ■対象者

以下の①～⑦のすべてに該当している方が対象です。

- ① 治療等の期間及び申請日いずれにおいても丹波市内に住民票を有し、法律上の婚姻又は事実上婚姻関係と同様の事情（以下「事実婚」という。）にある夫婦
- ② 当該助成に係る治療等を行った期間の初日における妻の年齢が43歳未満の方
- 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 申請に係る治療等を行った期間が、原則、当該年度の4月1日から3月31日までの方
- 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方
- ⑥ 夫婦のいずれも市税を滞納していない方

## ■助成対象となる検査と治療

### 1) 不育症の検査

#### (1) 下記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β2 グルコプロテイン I (CLβ2GPI) 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)
		フォスファチジルセリン依存性抗プロトロンビン (PS/PT) 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) 低容量アスピリン療法

#### (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を使用するものを含みます)

## ■助成額

医療保険が適用されない治療等に要した費用で、下記の表のとおりです。(合計で上限10万円)

治療等の区分	助成額
不育症の検査	助成対象経費のうち検査に要した費用の7/10に相当する額
不育症の治療	助成対象経費のうち治療に要した費用の1/2に相当する額

## ■助成回数

1年度に1回とします。通算助成回数に制限はありません。

※年度内に複数回の治療等を実施した場合は、年度内で1回にまとめて申請してください。

## ■申請受付期間

- ・治療等を実施した日の属する年度の3月31日まで
  - ・年度を越えて治療等を継続している場合も、年度ごとに1回ずつ申請してください。
- ※治療等を受けている年度中で43歳以上になった方は、必ず年度内に申請してください。

## ■申請方法

- ・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のでご了承ください。
- ・次の書類を添えて、申請期限内に申請書を提出してください。

- ① 丹波市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書
- ② 不育症治療費助成事業受診等証明書  
「医療機関用」のみ、または「医療機関用」と「薬局用」の両方を提出ください。
- ③ 医療機関等が発行した領収書及び明細書（原本）
- ④ 振込先口座が確認できるもの（通帳等）
- ⑤ 事実婚関係に関する申立書（事実婚のみ）
- ⑥ 戸籍謄本又は抄本（夫婦の住所が異なる場合又は事実婚の場合のみ）

\* 2週間以内に市民安全課又は支所で発行

		証明書類
夫婦の住所が異なる場合 又は事実婚の場合	夫及び妻が日本国籍を有する場合	戸籍謄本（戸籍全部事項証明書）または戸籍抄本（戸籍個人事項証明書）、夫婦両方を載せたもの
	夫又は妻のいずれか一方が外国籍を有する場合	日本国籍を有する者の戸籍謄本（戸籍全部事項証明書）、夫婦両方を載せたもの
	夫及び妻が外国籍を有する場合	婚姻していることを証明する書類（和訳付）

- ・戸籍謄本又は抄本取得の際、夫婦であることを証明するための書類が必要であることを窓口へお伝えください。



## <不育症治療費助成事業 Q & A >

Q 1 : 治療途中で丹波市に引っ越してきました。転入前に受けた治療も助成対象となりますか。

A 1 : 対象となりません。ご了承ください。

Q 2 : 年度を越えて検査・治療を継続しました。申請方法を教えてください。

A 2 : 治療が終了していなくても、それぞれの年度で申請ください。なお受診等証明書についても各年度で1枚ずつ必要となります。

Q 3 : 1年の間に複数回、検査・治療しました。申請方法を教えてください。

A 3 : 申請回数は年度ごとに1回です。

治療計画について医師とも相談され、まとめて1回、3月31日までに申請ください。

Q 4 : 院外処方医療機関、薬局が複数の場合、受診等証明書はそれぞれで必要ですか。

A 4 : お尋ねのとおりです。

医師が薬局分もあわせて記入いただける場合は、医療機関用1枚でもかまいません。

## 【お問い合わせ先（申請書提出先）】

丹波市氷上町石生 2059 番地 5（丹波市健康センターミルネ 2 階）

丹波市福祉部 こども福祉課 ☎0795-88-5750 ※電話番号のおかけ間違いにご注意ください。