

湖西市不育症治療費助成制度

目的 医療保険が適用されず、高額な医療費がかかる不育症治療に要する費用の一部を助成し、治療にかかる経済的負担を軽減することを目的とする。

対象となる治療

【不育症の検査に要する費用】

(1) 不育症のリスク因子の検査に要する費用

①一次スクリーニング

- ・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

②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)
- ・血栓性素因スクリーニング (凝固因子検査)
第Ⅷ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) 絨毛染色体検査に要する費用

【不育症の治療に係る費用】

(1) 低用量アスピリン療法に要する費用

(2) ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射療法を含む) に要する費用

※文書料、個室料等の直接的な治療費でない費用は含みません。

対 象 以下の①～⑥の全てに該当する夫婦

- ① 法律上婚姻している夫婦であること
- ② 夫または妻の住所地が湖西市内であること (ただし、震災等で災害適用法を受けた地域から湖西市に避難してきた方についてはこの限りではない)
- ③ 夫と妻の前年 (申請日が 1 月から 5 月までの間にある場合にあっては、前々年) の合計所得額が 730 万円未満であること
- ④ 医療機関において不育症と診断され、治療を受けた人
- ⑤ 市税を完納している夫婦であること

⑥ 当該助成に係る治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満の人

助成額 不育症治療の範囲で本人負担額に10分の7を乗じた額とし、一夫婦ごとに241,500円が上限で、継続する2年までとする。

ただし、医療保険各法に基づく保険者又は共済組合の規約等の定めるところにより、不育症治療に関する任意の給付が行なわれる場合は、その給付額を本人負担額から控除するものとする。

また、静岡県内の他の市町が実施する不育症治療費の助成を受けた場合は、継続する2年から当該助成を受けた期間を除いた期間とする。

申請 不育症治療を受けた日の属する年度の末日まで（1月1日から3月31日までの間に不育症治療を受けた場合にあっては、治療終了日から90日以内）に申請する。

申請に必要な書類

- ① 湖西市一般不妊治療費等助成金交付申請書（様式第1号）
 - ② 湖西市一般不妊治療費等助成事業に関する同意書（様式第2号）
 - ③ 湖西市不育症治療費助成事業受診等証明書（様式第4号）
 - ④ 夫及び妻の戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書（申請日の前1か月以内に交付を受けたもの）
 - ⑤ 夫及び妻の前年（1月から5月までの間に申請しようとする場合にあっては、前々年）の所得証明書
 - ⑥ 不育症治療を受けた医療機関発行の領収書
 - ⑦ 市税の滞納がない証明書（夫と妻1通ずつ必要で、申請日の前1か月以内に交付を受けたもの）
- ※ 申請の際に、印鑑と夫及び妻の健康保険証をお持ちください。

補助金支給の方法及び不承認

申請書類の審査の結果、要件に該当する場合には、申請者本人に通知するとともに請求書に記入された金融機関口座に振り込みます。

【問い合わせ先】 湖西市役所 子ども家庭課 ☎ 053-576-4794

※必要書類は子ども家庭課（健康福祉センター内）で配布、または湖西市ウェブサイトからダウンロードできます。