

# 尼崎市不育症治療支援事業

尼崎市では、妊娠しても、流産や死産を繰り返す「不育症」の検査・治療を受けられたご夫婦に対し、経済的な負担の軽減を図るため、検査・治療費の一部を助成します。

対象者 (①～④に該当している方が対象)	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 尼崎市内に住所を有し、婚姻をしているご夫婦（事実婚を含む） （当該助成に係る検査・治療日に、尼崎市民である必要があります）</li> <li>② 検査・治療を行った期間の初日における妻の年齢が43歳未満であること</li> <li>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</li> <li>④ 申請に係る検査・治療について、他の自治体の助成を受けていないこと。</li> </ul>
助成内容 対象となる 検査・治療	<p>日本国内の医療機関で受けた、<b>医療保険が適用されない不育症の検査・治療のうち、以下のものを対象とします</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 不育症の検査 <ul style="list-style-type: none"> <li>・一次スクリーニング検査</li> <li>・選択的検査（検査内容の詳細は裏面「不育症治療支援事業対象検査の一覧」参照）</li> </ul> </li> <li>② 不育症の治療 <ul style="list-style-type: none"> <li>・低用量アスピリン療法</li> <li>・ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射療法・ヘパリンノイドを利用するものを含む。）</li> </ul> </li> </ul>
助成額	<p>不育症の検査：検査に要した保険適用外の医療費の7割 不育症の治療：治療に要した保険適用外の医療費の5割 ※保険診療分は対象外です。上限金額はありません。</p>
申請期限	<p>治療日の属する年度内または、検査・治療期間の末日から3カ月以内で、どちらか遅い日まで ※検査・治療の途中で43歳になられた方は、年度内にご申請ください。 ※治療が途中で年度をまたいで継続している場合は、年度ごとに申請してください。 （1年度とは、4月1日から翌年3月31日まで）</p>
助成回数	1年度に1回（通算助成回数の制限はありません）
申請 問い合わせ先	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 書面での申請の場合 <b>尼崎市保健所健康増進課</b></li> <li>● オンライン申請の場合 下記申請関係書類③・④・⑤・⑥を準備の上、尼崎市オンライン申請ポータルサイトにアクセス・ログインし、オンライン申請を行ってください。</li> </ul> 
申請書配布	健康増進課及び北部・南部地域保健課
申請関係書類	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 尼崎市不育症治療支援事業 申請書</li> <li>② 尼崎市不育症治療支援事業 世帯調書</li> <li>③ 尼崎市不育症治療支援事業 受診等証明書 ※医療機関（主治医）の記入が必要です。</li> <li>④ 領収書の原本（受診等証明書の領収年月日及び領収金額ちと一致するもの） （診療明細書があれば明細書の原本もお持ちください）</li> <li>⑤ 振込先のわかる通帳もしくはカード（申請書に記入したもの）</li> <li>⑥ 申請者（指定した口座名義人）の本人確認書類</li> <li>⑦ 尼崎市に居住するご夫婦であることを証明する書類【発行後3か月以内のもの】 （原則として続柄が記載された住民票の写しです。申請者の同意があれば市が確認し、<b>書類の提出を省略できます。</b>）</li> <li>⑧ 戸籍謄本【発行後3か月以内のもの】及び事実婚申立書 （住民票にて法律上の夫婦であることが（続柄）が確認できない場合、または事実婚の場合は提出してください。）</li> </ul>
支給方法	申請書等を審査し、承認したときには、支給決定日の翌月末に、口座振込みにより支給

（注）申請書類はボールペン等で記入してください。（鉛筆、消せるペン等では受付できません。）

申請受付・問い合わせ窓口 **尼崎市保健所 健康増進課**  
 電話 06-4869-3033 FAX 06-4869-3049  
 〒660-0052 尼崎市七松町1-3-1-502 JR立花駅前フェスタ立花南館5階

## 【申請用紙の配布のみ】

北部保健福祉センター 北部地域保健課	南塚口町2-1-1 さんさんタウン1番館5階
南部保健福祉センター 南部地域保健課	竹谷町2-183 リベル5階

【尼崎市ホームページ】



＜不育症治療支援事業対象検査の一覧＞

一次スクリーニング	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピン $\beta_2$ グロブリン I (CL $\beta_2$ GP I) 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 PEI g G 抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
		抗 PEI g M 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)
	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)