

尼崎市不育症検査費用助成事業

尼崎市では、不育症の方の経済的な負担軽減のため、研究段階にある不育症検査のうち、保険適用を見据え先進医療として実施されるものを対象に、不育症検査に要する費用の一部を助成します。

対象者 (①～④全てに該当している方が対象)	① 尼崎市内に住所を有する方 ② 流産（生化学的流産を除く）又は死産の既往が、申請に係るものを含め2回以上ある方 ③ 申請する検査費用について、他の自治体を実施する助成を受けていない方 ④ 検査結果等を尼崎市が国へ報告することに同意する方
対象検査	・ <u>流死産検体を用いた遺伝子検査（次世代シーケンサーを用いた流死産絨毛・胎児組織染色体検査）</u> ・ <u>抗ネオセルフβ2グリコプロテインI複合体抗体検査</u> ☆以下の要件に該当する保健医療機関で受検したものに限ります。 ・ 先進医療である当該検査を実施する保健実施医療機関として地方厚生局に届出を行っている又は承認されていること ・ 保険適用されている不育症に関する治療・検査を、保険診療として実施していること 助成対象となる医療機関かどうかは厚生労働省のホームページをご確認ください。 URL : https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryu/kikan02.html
助成額	助成対象検査に要した医療費7割に相当する額 上限6万円 ※保険診療分は対象外、千円未満は切り捨てとなります
受付期間	検査終了日の属する年度内または、3か月以内で、どちらか遅い日まで
助成回数	助成回数の制限はありません。
申請受付	● 書面での申請の場合 尼崎市保健所健康増進課 ● オンライン申請の場合 下記申請関係書類②・③・④・⑤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。
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	① 尼崎市不育症検査費用助成事業 申請書 ② 尼崎市不育症検査費用助成事業 受検証明書 ※医療機関（主治医）の記入が必要です。 ③ <u>領収書の原本</u> （受検証明書の領収金額と一致するもの） （診療明細書があれば明細書の原本もお持ちください） ④ 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） ⑤ 申請者（受検者）の本人確認書類 ⑥ 尼崎市に居住していることを証明する書類【発行後3か月以内のもの】 （原則として住民票の写しです。同意があれば市が確認し、書類の提出を省略できます。）
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 期限内の申請が困難な場合は、事前にご相談ください。 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	電話 06-4950-0637 FAX 06-6428-5110	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	電話 06-6415-6342 FAX 06-6430-6850	竹谷町2-183 リベル5階

【尼崎市ホームページ】

