

勝浦町不育症検査治療費助成事業のご案内

勝浦町では、子どもを望むご夫婦が不育症検査や治療を受けた際にかかった費用の一部を助成し、経済的な負担の軽減を図り、支援する目的で「勝浦町不育症検査治療費助成事業」を開始します。

● 不育症とは

妊娠はするけれども、お腹の中で赤ちゃんが育たず、2回以上流産や死産などを繰り返してしまう症状のことをいいます。

● 助成申請ができる方（次の①～⑥すべてに該当する方）

- ① 法律上の婚姻又は事実婚をしている夫婦であること。
- ② 助成申請をした日において、夫婦ともに1年以上継続して勝浦町の住民基本台帳に記録されていること。
- ③ 助成申請に係る治療等の期間の初日における治療等を受ける妻の年齢が43歳未満であること。
- ④ 次に掲げるいずれかの状態に合計2回以上該当した既往があり、対象となる治療等を受ける者が産科婦人科医により不育症と診断されていること。
ア 流産
イ 死産
- ⑤ 助成申請に係る治療等について、他の自治体等が実施する治療等の助成を受けていないこと。
- ⑥ 本事業の助成の申請日において、夫婦及び当該夫婦の属する世帯の全員が町税等（勝浦町）の滞納がないこと。

● 助成対象となる治療

産科婦人科医の属する国内の医療機関で令和6年4月1日以降に保険診療で実施された治療等のうち、下記のものに限ります。

検査・治療内容		医療保険適用分	
検査	抗リン脂質抗体検査	抗カルジオリピン β_2 グルコプロテイン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	
		抗 β_2 GPI IgG抗体	
		抗 β_2 GPI IgM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	
		アンチトロンビン（AT）	
		APTT（活性化部分トロンボプラスチン時間）	
夫婦染色体検査			
治療		低用量アスピリン療法	
		ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射療法を含む。）	

● 助成回数

助成回数は、1年度につき1回までとし、その通算助成回数は、6回を限度とします。

裏面もご確認ください

● 助成の額

助成の額は、助成対象となる治療等に要した自己負担額の合計金額に相当する額とし、1回あたり5万円を限度とします。

自己負担額に対し、医療保険各法等の保険者が負担すべき高額療養費及び保険者からの付加給付がある場合は、これを控除するものとします。

※入院時の差額ベッド代、食事代及び文書料等不育症検査治療に直接関係のない費用は助成対象外です。

● 助成の申請

治療等が終了した日から1年以内に次の必要書類を福祉課に提出してください。

①～⑤、⑨の様式は、福祉課窓口または勝浦町ホームページからダウンロードできます。

- ① 勝浦町不育症検査治療費助成事業申請書（様式第1号）
- ② 勝浦町不育症検査治療費助成事業申請金額明細書（様式第2号）
- ③ 勝浦町不育症検査治療費助成事業受診等証明書（様式第3号）
※医療機関に様式を渡して証明書を作成してもらってください。
- ④ 町税等調査閲覧同意書（様式第4号）
- ⑤ 高額療養費等の照会に伴う同意書（様式第5号）
- ⑥ 医療機関等が発行する不育症検査及び治療等に係る領収書及び診療明細書（院外処方分含む）
- ⑦ 保険者が発行した高額療養費又は付加給付の明細書等
- ⑧ 戸籍謄本（発行から3か月以内のもの。）ただし、次のいずれかに該当する場合のみ必要
ア 初めて本事業の申請を行う場合
イ 夫婦が別世帯の場合
ウ 夫婦が事実婚関係にある場合
- ⑨ 事実婚関係に関する申立書（様式第6号）（事実婚関係にある場合）
- ⑩ 「限度額適用認定証」または「限度額適用・標準負担額減額認定証」の写し（お持ちの方のみ）
- ⑪ 助成金の振込先となる申請者名義の通帳の写し

※必要書類をご用意していただく際に生じた費用は自己負担となります。

● 助成の決定

必要書類がすべてそろってから審査します。

審査結果は、勝浦町不育症検査治療費助成事業助成金交付（不交付）決定通知書により通知します。

● 申請先及びお問い合わせ先

勝浦町役場 福祉課

〒771-4395

勝浦郡勝浦町大字久国字久保田3

電話 0885-42-1502（福祉課直通）

I P 050-3438-7148

FAX 0885-42-3028

受付時間：平日 8：30 ～ 17：15 ※ただし12/29～1/3除く

