

神戸市不育症治療支援事業実施要綱

(目的)

第1 本事業は、不育症の早期受診、早期治療を促進するとともに、不育症治療に要する費用の一部を助成することでその経済的負担の軽減を図ることを目的とする。

(用語の定義)

第2 この要綱において「不育症」とは、2回以上の流産や死産、早期新生児死亡の既往があることをいう。

(実施主体)

第3 本事業の実施主体は神戸市とする。

(助成対象者)

第4 本事業の助成対象者（以下、「対象者」という。）は、次の要件のすべてを満たす者とする。

- (1) 神戸市内に住所を有し、法律上の婚姻をしている夫婦であること。
- (2) 当該助成に係る検査及び治療（以下、「治療等」という。）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。
- (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こと。
- (4) 前年（申請日が1月から5月までの場合は、前々年）の夫婦合算の所得額が400万円未満であること。（所得の範囲及び額の計算方法については、児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第2条及び第3条の例による。）
- (5) 申請に係る不育症の治療等を行った期間は、原則、当該年度の4月1日から3月31日までとする。
- (6) 申請に係る治療等について、他の自治体を実施する不育症の治療等の助成を受けていないこと。

(助成内容)

第5 助成の対象となる費用は、対象者（夫婦染色体検査のみ夫を含む。）が医療機関で受けた、医療保険が適用されない不育症の治療等に要した費用のうち、次に掲げるものに限る。

- (1) 不育症の検査
 - ア 不育症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 β_2 グルコプロテイン I (CL β_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)
	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)

イ 絨毛染色体検査

(2) 不育症の治療

ア 低用量アスピリン療法

イ ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射療法を含む。)

- 2 助成する額は、(1)及び(2)の治療等に要した医療費の1/2につき15万円を上限として助成する。
- 3 助成回数は、1年度に1回とする。ただし、通算助成回数は制限しない。

(助成の申請)

第6 対象者は、原則として治療等を実施した日の属する年度内(3月31日まで)に、不育症治療支援事業申請書(別添1)、不育症治療支援事業受診等証明書(別添2、別添3)及び必要書類を添えて、居住地を管轄する区保健福祉部を経由して市長に申請を行うものとする。

(助成の決定)

第7 市長は、申請書の提出を受けたときは、速やかにこれを審査し、その結果を申請者に書面により通知するものとする。ただし、不承認と決定したときは、その理由を付して通知しなければならない。

(助成金の返還等)

第8 市長は、申請者が偽りその他不正な行為により助成を受け、また受けようとする事が明らかと認められるときは、助成金の交付決定を取り消し、又は交付した助成金の全部もしくは一部の返還を請求することができる。

(補則)

第9 本事業は、保険診療と保険外診療を組み合わせて行う混合診療を認めるものではなく、保険外診療である不育症の治療等を受けた場合の自己負担の一部を助成するものである。

2 この要綱に定めるもののほか、本事業の実施に関して必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、平成28年12月1日から施行する。

なお、第4(5)に規定する「申請に係る不育症の治療等を行った期間」とは、平成28年4月1日から平成29年3月31日を含むものとする。