

新温泉町不育症治療費助成事業

妊娠しても、死産や流産を繰り返す「不育症」の検査及び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、検査にかかる費用の一部を助成します。

対象者

次の①～④のすべてに該当する方

- ①婚姻をしている夫婦でいずれもが町内に住所を有していること
- ②治療等の初日に妻の年齢が43歳未満であること
- ③2回以上の流産、死産又は早期新生児死亡の既往があり、不育症と診断されていること
- ④申請に係る治療等について、他の自治体の助成を受けていないこと

助成内容

医療機関で受けた、医療保険が適用されない不育症検査及び治療の費用を助成

- ①不育症の検査…不育症検査費用の10分の7に相当する額を助成
- ②不育症の治療…不育症治療費用の2分の1に相当する額を助成

※裏面に対象検査・治療の詳細を記載しています。

助成回数

原則として1年度に1回とし、通算助成回数は制限しない

申請期限

次のどちらか早い日まで

- ①治療等が終了した日から起算して3か月を経過する日
- ②治療等が終了した日の属する年度の末日

申請に必要な書類

- ①新温泉町不育症治療費助成事業申請書
- ②新温泉町不育症治療費助成事業受診等証明書
- ③新温泉町不育症治療費助成事業受診等証明書（薬局用）
- ④医療機関が発行する領収書
- ⑤振込口座の確認できるもの（預金通帳またはキャッシュカードの写し）

①～③はホームページでダウンロードできます。

支給方法

申請内容の審査後、申請者に承認（不承認）決定通知書を送付し、申請時に指定された口座に助成金を振り込みます。



対象の検査

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 グロブリン 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	
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)
		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)

対象の治療

- ・低用量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及びヘパリノイドを使用するものを含む。)

問合せ先 新温泉町 健康課 健康推進係
(平日8:30~17:15)

TEL : 0796-99-2940
FAX : 0796-99-2550

〒669-6821 新温泉町湯1019
(保健福祉センター すこやか〜に内)