令和5年度（2023年度）西宮市不育症治療支援事業 育

西宮市では、不育症の検査及び治療（以下「治療等」という）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、医療保険が適用されない治療費の一部を助成しています。

令和５年４月１日～令和６年３月31日に受けた治療等が対象となります

《申請期限》 令和６年３月31日（消印有効）まで

助成対象者 （①～④すべてに該当している方が対象）	① 西宮市内に住所を有する法律上の婚姻をしているご夫婦 ※住民票が当市にある期間の治療等であること ※治療開始時から法律上の婚姻をしているご夫婦であること ② 治療等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 今回の申請にかかる治療等について、他の自治体が実施する助成を受けていないこと ※他の自治体から転入された場合、住民票が当市にある期間の医療費のみ当市に申請可能。 転入前・転出後は各自治体へお問い合わせください。
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の検査・治療に要した費用

（ア）検査 助成割合： 7/10	一次 スクリーニング	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピンβ2 グルコプロテインⅠ複合体抗体
			抗カルジオリピンⅠgG抗体
			抗カルジオリピン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）
		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活性もしくは抗原
			プロテインC活性もしくは抗原
			APTT（活性化部分トロンボプラスチン時間）
（イ）治療 助成割合： 1/2	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）		

助成額	①不育症の検査に要した医療保険適用外の医療費の10分の7…（ア）　（ア）＋（イ） ②不育症の治療に要した医療保険適用外の医療費の2分の1…（イ）　（上限15万円）
助成回数	令和５年度（2023年度）中に１回 ※令和５年度とは令和５年４月１日～令和６年３月31日
申請方法	**郵送 ＜申請期限：令和６年３月31日（消印有効）＞** ●○● 提出先 ●○●○●○●○●○●○●○●○●○● 〒662-0911　西宮市池田町8-11 池田庁舎内 西宮市保健所　健康増進課　健康づくりチーム　宛 ※配達記録の残る簡易書留や特定記録、レターパック等のご利用をおすすめします **持参の場合、西宮市保健所健康増進課＜池田庁舎２階＞**
申請関係書類	**① 西宮市不育症治療支援事業申請書　【様式第１号】** **② 西宮市不育症治療支援事業受診等証明書　【様式第2-1号・2-2号】** **③ ②の領収金額に一致する領収書のコピー** ※明細書があれば、明細書のコピーもご提出ください。 ※原本を提出いただいた場合、返却することはできません。 **④ 西宮市内に居住する法律上のご夫婦であることを証明する書類** ＜省略できる場合あり（下記参照）＞ ※原則、続柄が記載された住民票の写し（マイナンバーの記載のないもの）です。 ご夫婦が世帯主でない場合、夫婦別世帯の場合などは、様式第１号裏面をご参照ください。 ※夫妻が同一世帯で夫または妻が世帯主の場合、【様式第１号】依頼書の記入により、提出を省略できます。（世帯調書（様式第１号裏面）の提出が必要）
支給方法	申請書等を審査し、承認したときには、口座振込みにより支給（申請の約２か月後）

※治療等が年度をまたいで継続している場合も、各年度に１回ずつ申請してください。各治療期間の末日は、最長で３月31日となります。
※年度とは、４月１日から翌年３月31日までです。
※当事業は、兵庫県の補助金によって実施しています。次年度以降の実施については未定です。
※申請にかかる費用（証明書の発行や郵送料等）は自己負担となります。

兵庫県
不妊・不育専門相談／男性不妊専門相談

不妊や不育症、男性不妊等に関する疑問や不安を相談できる窓口があります。

詳しくは兵庫県ホームページ等でご確認ください。

問い合わせ先

西宮市保健所　健康増進課
電話 0798-26-3667

記入例　※消えるボールペンは使用しないでください

ゆうちょ銀行の場合、振込用の
店番（漢数字３桁）をご記入ください

		（ふりがな） 氏　　名	生　年　月　日
申請者	夫	（にしのみや　たろう） **西宮　太郎**	(昭和) 平成　〇〇年　〇月　〇日　生（〇〇歳）
	妻	（にしのみや　はなこ） **西宮　花子**	昭和 (平成)　〇〇年　〇月　〇日　生（〇〇歳）
	住所	〒〇〇〇－〇〇〇〇 **西宮市××町××－×**	日中連絡の取れる番号（夫・(妻)） 電話 **090（△△△）〇〇〇〇**
	住所	※夫と妻の住所が異なる場合のみ記入（夫・妻） 〒	電話　（　　）

申　請　額　　（ア）＋（イ）
金　　円（上限 15 万円）※訂正印不可

検査（様式第２－１号①）は領収金額の 7／10（1 円未満は切捨て）…（ア）
治療（様式第２－１号②、２－２号②）は 領収金額の 1／2 （1 円未満は切捨て）…（イ）

振込先	金融機関名	〇〇〇		(銀行) 金庫 農協	〇〇〇			本店 (支店) 出張所	
	預金種別	(普通) 当座	（ふりがな） 口座名義人		（にしのみや　はなこ） **西宮　花子**				
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	（左詰記入）

依　頼　書

私たち夫婦は不育症治療支援事業の助成申請にかかる、次に掲げる事項の調査を依頼します
・ 西宮市に居住する法律上の夫婦であること（住民基本台帳等による確認）

氏名　**西宮　太郎**　　氏名　**西宮　花子**

申請者どちらかの名義の口座を記入
（旧姓不可）

【様式第２－１号及び２－２号】
受診等証明書の領収金額に
①検査の場合　7/10 に乗じた金額（1 円未満は切捨て）
②治療の場合　1/2 に乗じた金額（1 円未満は切捨て）
合計を記入

（例）①検査の領収金額　62,000 円 × 7/10 ＝ 43,400 円
②治療の領収金額　45,000 円 × 1/ 2 ＝ 22,500 円
合計 65,900 円

※1 円未満は切捨て
※計算後の金額が上限の 15 万円を超える場合は 150,000 円と記入
<u>※訂正印不可のためご注意ください</u>