

神戸市不育症治療支援事業実施要綱

(目的)

第1条 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条 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条 本事業の実施主体は神戸市とする。

(助成対象者)

第4条 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、婚姻をしている夫婦（事実婚を含む。）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) 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。
- (5) 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条 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)
		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)
		ネオ・セルフ抗体 (抗 β 2GPI/HLA-DR 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)

(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。また、ヘパリノイドを使用するものを含む。)

2 助成する額は、次の表の左欄に掲げる区分に応じ、それぞれ同表右欄に定める額の合計 (上限 15 万円) とする。

治療等の区分	助成額
1 (1) に定める不育症の検査	当該検査に要した費用の 7 / 10 に相当する額
1 (2) に定める不育症の治療	当該検査に要した費用の 1 / 2 に相当する額

3 助成回数は、原則として、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 条 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 (様式第 1 号)、不育症治療支援事業受診等証明書 (様式第 2 号、様式第 3 号) 及び必要書類を添えて、市長に申請を行うものとする。

(助成の決定)

第7条 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条 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こと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条 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条5項に規定する「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。

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

この要綱は、令和元年5月1日から施行する。

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

この要綱は、令和3年8月1日から施行し、令和3年4月1日から適用する。

この要綱は、令和3年9月16日から施行し、令和3年4月1日から適用する。

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附 則 (令和5年4月1日改正)

(施行期日)

第1条 この要綱は、令和5年4月1日から適用する。

(経過措置)

第2条 改正後の第4条の規定は、令和5年4月1日以降に終了した検査について適用し、同日前に終了した検査については、従前の要綱を適用する。

附 則 新型コロナウイルス感染症対策における特例

この特例は、令和3年2月4日から施行し、令和2年4月1日から適用する。

この特例は、令和3年8月1日から施行し、令和3年4月1日から適用する。

この特例は、令和4年4月1日をもって廃止する。

附 則（令和6年3月28日改正）

（施行期日）

第1条 この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

（経過措置）

第2条 この要綱による改正後の神戸市不育症治療支援事業実施要綱第4条及び第5条の規定は、令和6年4月1日以降に実施された治療等について適用することとし、同日前に行われた治療等については、なお従前の例による。

第3条 この要綱の施行前に既に交付されているこの要綱による改正前の様式による文書であって、この要綱の施行後の申請に際して使用されるものについては、この要綱による改正後の様式による文書とみなす。

神戸市不育症治療支援事業申請書

- 関係書類を添えて下記のとおり不育症検査及び治療費の助成を申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、戸籍及び住民票並びに医療機関及び薬局に対し検査又は治療の内容の確認を行うことに同意します。
- 本申請にあたり、以前居住していた自治体での助成の有無の確認を行うことに同意します。
- 市（町）は、本事業の存続のため、兵庫県に対し、不育症治療の助成状況及びその効果に関して、個人を特定できる情報を消去した上で、報告を行うことがあります。市（町）が不育症の治療等の結果について医療機関等に照会すること及びその結果を兵庫県に報告することに同意します。
- 本申請に係る検査及び治療に対し、他の自治体の助成を受けません。

記

		(フリガナ) 氏名			生年月日		
夫		()			昭和 平成	年 月 日生 (歳)	
	※自署	()				昭和 平成	年 月 日生 (歳)
妻		()			昭和 平成		年 月 日生 (歳)
	※自署	()				昭和 平成	年 月 日生 (歳)
住所(※1)	〒			電話 () メールアドレス			
住所(※2)	〒			電話 () メールアドレス			
申請者 氏名 _____							
申請額 金 _____ 円 下記、①②の合計 (上限150,000円)							
<内訳>							
受診等証明書(A)の7/10の額 _____ 円・・・①							
受診等証明書(B)の1/2の額 _____ 円・・・②							
検査・治療の属する年度 _____ 年度							
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日							
神戸市長 宛							
振込先 (※3)	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所		
	預金種別	普通 当座	(フリガナ) 口座名義人		()		
	口座番号						(左詰記入)
申請受理年月日		年 月 日		(承認・不承認) 決定年月日		年 月 日	
受給者番号							

注1) 太枠の中をご記入ください。

※1: 夫婦の住所を記入する。

※2: 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合に記入する。

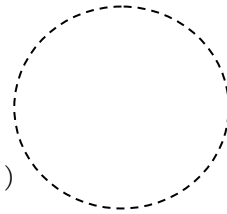
※3: 口座名義人は申請者の個人名義であること。

注2) 申請期限、助成要件等があるので、あらかじめご確認ください。

- (添付書類) 1. 不育症治療支援事業受診等証明書(「様式第2号」または「様式第2号と3号」)
2. 領収書(受診等証明書の領収年月日及び領収金額と一致するもの)

※住民票が神戸市に無い場合や、夫と妻の住所が異なる場合など、審査の関係上、別途確認書類の提出が必要となる場合があります。詳しくはリーフレットをご確認ください。

受付印



神戸市不育症治療支援事業受診等証明書

下記の者については、流産（生化学的流産を除く。）、死産又は早期新生児死亡の既往が2回以上あることから、不育症の検査及び治療を行いました。つきましては、保険適用外の医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者氏名	()	生年 月日	昭和 平成	年	月	日 (歳)
今回の治療期間(※1)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
領収金額合計 (※2)	¥ _____ 円 (※3の合計と一致すること)					

※1：治療期間については、当該年度の4月1日から、当該年度末の3月末までを対象とします。左記期間内の治療期間を記載してください。治療が終了していなくてもかまいません。

※2：領収金額の一致する治療期間内の領収書を別途添付して下さい。
院外処方等で、別途費用が発生する場合は、薬局において「不育症治療支援事業受診等証明書（薬局用）」を作成することとなりますので、当該費用の記載は不用です。

【医療保険を適用せずに実施した検査及び治療】

区分	項目	実施の有無	金額
(A) 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		
(A) 選択的検査	抗リン脂質抗体	抗PEI gG抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)	
		抗PEI gM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)	
		ネオ・セルフ抗体 (抗β2GPI/HLA-DR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)			
(B) 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)		
	※ヘパリノイド (ダナパロイドナトリウム) によるものを含む。		

※区分(A)と区分(B)で助成割合が異なりますので申請時ご注意ください。

合計金額 (※3)

--

不育症治療支援事業受診等証明書（薬局用）

下記の者については、主治医の処方に基づき、不育症の治療に係る保険適用外の薬剤費を下記のとおり領収したことを証明します。

令和 年 月 日

薬局の名称及び所在地

代表者名

印

薬局記入欄

(ふりがな) 氏名	()	生年 月日	昭和 平成	年	月	日 (歳)
領収月日(※1)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
領収金額合計 (※2)	¥ _____ 円 (※3の合計と一致すること)					

※1：領収月日については、当該年度の4月1日から、当該年度末の3月末までを対象とします。左記期間内の領収期間を記載してください。治療が終了していてもかまいません。

※2：領収金額の一致する領収期間内の領収書を別途添付して下さい。

【医療保険を適用せずに処方した薬剤費】

区分	項目	実施の有無	金額
(B) 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） ※ヘパリノイド（ダナパロイドナトリウム）によるものを 含む。		
合計金額 (※3)			