

# 不育症治療費助成事業のご案内

～ 2020年度版 ～



《助成対象》 2020年1月～12月に受けた検査・治療

《申請期限》 2021年3月31日まで

《助成額》 30万円まで

# 1 助成の概要

1	助成対象者	<p><b>①～⑤の全てに該当する方</b></p> <p>① <b>不育症（※1）</b>であると医師に診断されたこと。</p> <p>② 検査・治療の初日（※2）に、<b>法律上の婚姻</b>をしている夫婦であること。</p> <p>③ 検査・治療の初日（※2）に、<b>妻の年齢が43歳未満</b>であること。</p> <p>④ 申請日（※3）に、申請者が<b>福山市に住民登録</b>をしていること。</p> <p>⑤ 夫婦の<b>所得の合計額が730万円未満</b>であること。（※4）</p> <p>※1 2回以上の流産、死産又は早期新生児死亡（生後1週（7日）未満の死亡）の既往があること</p> <p>※2 2020年1月～12月の間で、助成対象検査・治療を受けた日の初日</p> <p>※3 福山市が申請書等を受け取った日（郵送で申請する場合は、消印日）</p> <p>※4 詳しくは、4ページ上部の「2 所得の計算方法」に記載</p>				
2	助成対象検査・治療	<p><b>2020年1月～12月に、国内の医療機関で受けた次の検査・治療</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 15%;">検 査</td> <td>下部に記載した「助成対象の不育症検査」</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">治 療</td> <td>医師が不育症の治療として必要と認めたもの ただし、手術は、子宮形態異常に対する中隔子宮のものに限ります。</td> </tr> </table> <p>なお、次に掲げる費用に係るものは、助成対象外です。</p> <p>(1) 入院時食事療養費、個室使用料及び文書料等の不育症治療に直接関係のない費用</p> <p>(2) 出産（流産及び死産を含む。）に係る費用</p> <p>(3) 処方せんによらない医薬品等の費用</p> <p>(4) 福山市が実施する特定不妊治療又は一般不妊治療の助成を受けている費用</p> <p>※ 医療保険適用の有無は問いません。</p> <p>※ 医師の処方せんによる医薬品等も対象です。 （「福山市不育症治療費助成申請に係る証明書」内の「院外処方の有無」が「有」で、薬局が発行した領収書の添付がある場合）</p> <p>※ 2020年1月～12月に受けた検査・治療の申請については、2020年4月頃にホームページ等でお知らせします。</p>	検 査	下部に記載した「助成対象の不育症検査」	治 療	医師が不育症の治療として必要と認めたもの ただし、手術は、子宮形態異常に対する中隔子宮のものに限ります。
検 査	下部に記載した「助成対象の不育症検査」					
治 療	医師が不育症の治療として必要と認めたもの ただし、手術は、子宮形態異常に対する中隔子宮のものに限ります。					

## 「助成対象の不育症検査」

一次スクリーニング	子宮形態検査	子宮卵管造影検査(HSG)	
		Sonohysterography（子宮腔内液体注入法）	
		二次元、三次元経膈超音波検査	
		中隔子宮と双角子宮の鑑別に用いるMRI検査・超音波検査	
内 分 泌 検 査	夫婦染色体検査	甲状腺機能(fT4, TSH), 糖尿病検査(血糖値, HbA1c)	
選 択 的 検 査	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピンβ <sub>2</sub> グリコプロテインI (CLβ <sub>2</sub> 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	
	血栓性素因スクリーニング (凝固因子検査)	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)
第Ⅷ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)	
その他市長が必要と認めたもの			

3	助成額	<p><b>30万円まで</b>（夫婦1組に対して助成）</p> <p>※ 助成額は、2020年1月～12月に行った助成対象検査・治療に要した費用で、「福山市不育症治療費助成申請に係る証明書」の「領収金額」を基に算出します。</p> <p>※ 「院外処方の有無」が「有」の場合、薬局が発行した領収書の金額も合算できます。</p>				
4	助成回数	<p>2020年4月～2021年3月の間に<b>1回</b></p> <p>（2020年1月～12月に受けた助成対象検査・治療をまとめて申請）</p> <p>※ 通算助成回数の制限はありません。</p>				
5	申請期限 申請方法	<p><b>2021年3月31日までに</b>、申請関係書類を提出してください。</p> <table border="1" data-bbox="363 577 1461 835"> <tr> <td data-bbox="363 577 568 674">窓口で 申請する場合</td> <td data-bbox="568 577 1461 674">福山市 健康推進課の窓口へ提出してください。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="363 674 568 835">郵送で 申請する場合</td> <td data-bbox="568 674 1461 835">次の所へ郵送してください。（消印日は2021年3月31日まで） （郵送先） 〒720-8512 福山市三吉町南2丁目11番22号 福山市 健康推進課 宛</td> </tr> </table> <p>なお、次の場合は、該当する時点で早めに申請してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・助成対象検査・治療を終了し、今後、検査・治療を行う予定がない場合</li> <li>・助成申請額が30万円を超えた場合</li> </ul> <p>※ 市外転出等により、福山市に住所を有しなくなる場合は、福山市に住所があるうちに申請してください。</p>	窓口で 申請する場合	福山市 健康推進課の窓口へ提出してください。	郵送で 申請する場合	次の所へ郵送してください。（消印日は2021年3月31日まで） （郵送先） 〒720-8512 福山市三吉町南2丁目11番22号 福山市 健康推進課 宛
窓口で 申請する場合	福山市 健康推進課の窓口へ提出してください。					
郵送で 申請する場合	次の所へ郵送してください。（消印日は2021年3月31日まで） （郵送先） 〒720-8512 福山市三吉町南2丁目11番22号 福山市 健康推進課 宛					
6	申請関係書類	<p>① 福山市不育症治療費助成申請書 ← 申請者が記入</p> <p>② 福山市不育症治療費助成申請に係る証明書 ← 医療機関が記入</p> <p>③ 支払相手方登録依頼書 ← 申請者が記入</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・助成金の振込先口座を登録する書類です。</li> <li>・既に登録している方は、登録内容に変更がない限り提出不要です。</li> </ul> <p>④ 薬局が発行した領収書（写しも可）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・福山市不育症治療費助成申請に係る証明書の「院外処方の有無」が「有」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。自己負担額に合算する場合は、薬局が発行した領収書が必要です。</li> </ul> <p>⑤ 戸籍（全部事項証明書）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>※ 夫婦が別世帯の場合に必要です。</li> </ul> <p>⑥ 所得と所得控除額が証明できる書類 （例：所得控除額の記載がある所得課税証明書 等）</p> <p><b>2020年4月～5月に申請する場合</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・2019年1月1日時点、福山市に住民票がない場合に必要です。</li> <li>・2019年度（2018年分）の所得と所得控除額が証明できる書類が必要です。</li> </ul> <p><b>2020年6月以降に申請する場合</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・2020年1月1日時点、福山市に住民票がない場合に必要です。</li> <li>・2020年度（2019年分）の所得と所得控除額が証明できる書類が必要です。</li> </ul> <p>※ 申請者の状況に応じて、これ以外の書類を求める場合があります。</p>				
7	助成の決定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・審査後、結果を郵便で通知します。</li> <li>・助成決定となった場合、申請書等受理日から2か月程度で指定口座に振り込みます。</li> </ul>				

## 2 所得の計算方法

次の計算により算出された額が **730万円未満** であることが助成要件の一部です。

(夫の所得の合計額－夫の控除額の合計) + (妻の所得の合計額－妻の控除額の合計)

- ・所得の範囲及び計算方法は、児童手当法施行令第2条及び第3条の規定によります。
- ・「所得金額」と「収入金額」を間違えないように注意してください。

対象控除額の内訳	控除額
社会保険料等相当額 (所得がある人のみ)	一律8万円
障害者控除 (該当者1人につき)	27万円
特別障害者控除 (該当者1人につき)	40万円
寡婦・寡夫・勤労学生控除	27万円
寡婦 (特例) 控除	35万円
雑損・医療費・小規模企業共済等掛金控除	該当額控除

## 3 申請書等の入手方法

- ・福山市 健康推進課の窓口で配布
- ・福山市のホームページからダウンロード

福山市 不育症治療費

検索



福山市 不育症治療費助成事業  
のホームページ (QRコード)

※ 申請書等の郵送を希望される方は、健康推進課までお問い合わせください。

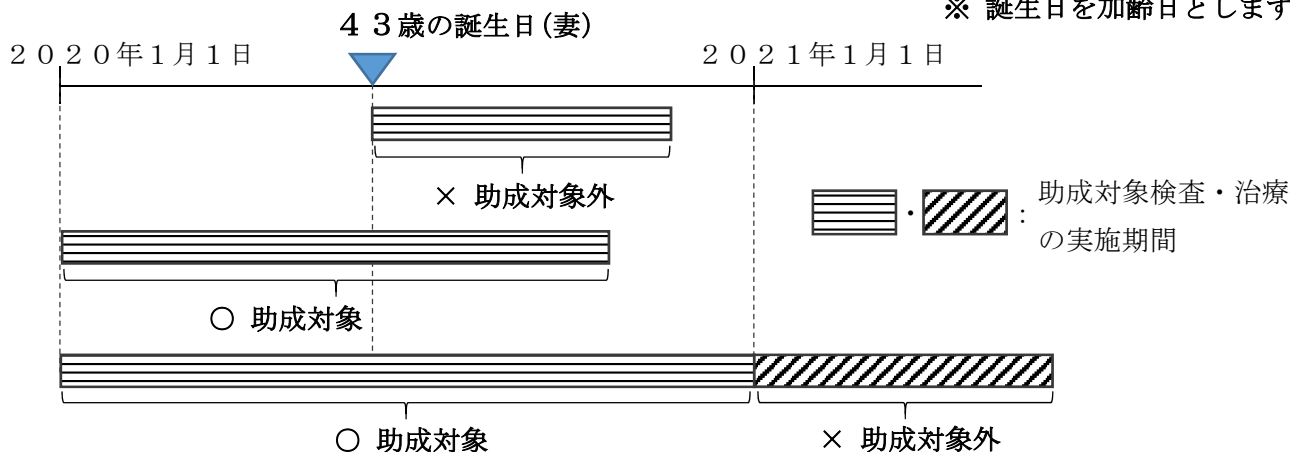
## 4 申請手続きの流れ



## 5 年齢の考え方

毎年、助成対象検査・治療を受けた日の初日における妻の年齢が **43歳未満** であることが助成要件の一部です。

※ 誕生日を加齢日とします。



《申請・問い合わせ先》 福山市保健所 健康推進課  
[住所]: 720-8512 福山市三吉町南2丁目11番22号 福山すこやかセンター6階  
[電話番号]: 084-928-3421  
[受付時間]: 月～金曜日 (祝日・年末年始を除く) 8:30～17:15