

# 不育症治療費助成事業のご案内

～ 2026年度（令和8年度）版 ～



《助成対象》 2026年（令和8年）1月～12月に受けた検査・治療

《申請期限》 2027年（令和9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>①～④の全てに該当する人</b></p> <p>① <b>不育症（※1）であると医師に診断</b>されたこと。</p> <p>② 検査・治療の初日（※2）に、夫婦であること（事実婚も対象）。</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>※1 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、合計2回以上あること</p> <p>※2 2026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>				
2	助成の対象とする検査・治療	<p><b>2026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" data-bbox="368 869 1434 1028"> <tr> <td data-bbox="368 869 523 931">検査</td> <td data-bbox="523 869 1434 931">4ページ上部に記載した「助成対象の不育症検査」</td> </tr> <tr> <td data-bbox="368 931 523 1028">治療</td> <td data-bbox="523 931 1434 1028">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) 福山市又は他自治体が実施する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>※ 2027年1月～12月に受けた検査・治療の申請については、2027年4月頃にホームページ等でお知らせします。</p>	検査	4ページ上部に記載した「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	4ページ上部に記載した「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。					
3	助成額	<p><b>30万円まで</b>（夫婦1組に対して助成）</p>				
4	助成回数	<p>2026年4月～2027年3月の間に<b>1回</b></p> <p>（2026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>2027年3月31日までに</b>、福山市健康推進課の窓口へ直接提出するか、郵送してください（※消印有効）。</p> <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>
6	申請関係 書類	<p><b>必要なもの</b></p> <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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・先進医療の不育症検査を行った場合は、裏面の不育症検査結果個票の記入が必要です。</li> <li>・複数の医療機関で検査・治療をした場合は、医療機関ごとに必要です。</li> </ul> <p><b>場合により必要なもの</b></p> <p>③ 医療機関が発行した領収書（写しも可）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・先進医療を行った場合に必要です。</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です。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 支払相手方登録依頼書</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>・初めて登録する場合又は住所・口座等を変更する場合に必要です。</li> </ul> <p>⑥ 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、事実婚関係にある場合、治療開始日に福山市に住民票がない場合に必要です。</li> <li>・事実婚関係にある夫婦の場合、両人の戸籍（全部事項証明書）が必要です。</li> </ul> <p>⑦ 事実婚関係に関する申立書</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・夫婦が事実婚関係にある場合に必要です。住所・名前は両人の自署としてください。</li> <li>・申請前に健康推進課へお問い合わせください。</li> <li>・申立書は福山市ホームページからダウンロードすることもできます。</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、結果を郵送にて通知します。</li> <li>・助成決定となった場合、申請書等受理日から2か月程度で口座に振り込みます。</li> </ul>



## 「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、三次元経陰超音波検査
		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	甲状腺機能(fT4、TSH)、糖尿病検査(血糖値、HbA1c)
抗リン脂質抗体	夫婦染色体検査	抗リン脂質抗体 (APL) パネル
		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
		ループスアンチコアグラント
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
		プロテインC
	APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)	
流死産胎児絨毛染色体検査		
抗ネオセルフβ <sub>2</sub> グリコプロテインI複合体抗体検査 ※1		
その他市長が必要と認めたもの (「不育症管理に関する提言」改訂委員会公表の最新の「不育症管理に関する提言」に定められた「推奨検査」「選択的検査」に該当のもの)		

※1 「抗ネオセルフβ<sub>2</sub>グリコプロテインI複合体抗体検査」については、2025年6月1日以降治療開始日より対象となります。

## 2 申請書等の入手方法

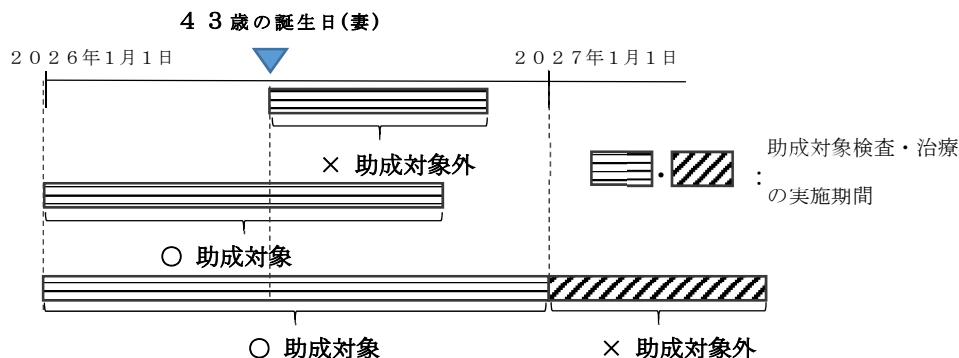
福山市健康推進課の窓口で配布しているほか、福山市ホームページからもダウンロードできます。

福山市 不育症治療費 検索

## 3 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・問合せ・郵送先》 [住 所]: 〒720-8512

福山市  
健康推進課

福山市三吉町南二丁目1番22号 福山すこやかセンター6階

[電話番号]: 084-928-3421

[FAX番号]: 084-928-1143

[受付時間]: 月～金曜日(祝日、年末年始を除く) 8:30～17:15