

深川市先進不妊治療費等助成事業のご案内

深川市では、不妊治療における経済的負担を軽減するため、保険適用された治療と併用して実施される保険適用外の「先進医療」にかかる費用と交通費の一部を助成します。

1. 助成対象となる治療

保険診療による特定不妊治療

先進医療

自己負担額の7割を助成します。
(3万5千円を上限とします)

公的保険(7割)

自己負担
(3割)

自己負担(10割)

令和5年4月1日以降に治療を開始したものが対象となります

対象者	先進治療を受けた治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満である夫婦のうち、次のすべての要件に該当するかた ① 申請日に夫婦いずれかが深川市に住民票があるかた ② 婚姻をしている夫婦、または事実婚関係にあるかた
助成対象治療	裏面をご覧ください。
助成回数	〈女性〉40歳未満 → 1子ごとに6回まで 40歳以上43歳未満 → 1子ごとに3回まで ※1回の治療とは、治療開始から妊娠確認等に至るまでの診療過程のことです。医師の判断等に基づき、治療計画を中止した場合も含まれます。
助成上限額	先進医療にかかった自己負担額の7割とし、3万5千円を上限に助成
交通費助成	○自宅と医療機関との距離が片道 25 kmを超える方を対象に、補助基準額に3分の2をかけた額を助成 ○1回の治療(検査等も含む)に対して5回まで助成 ※距離区分は自宅から医療機関までの距離。GoogleMapなどで計測
必要書類	裏面(3. 申請に必要な書類)をご覧ください。

2. 助成対象となる治療

先進医療実施機関として厚生労働大臣へ届出または承認されている医療機関で行われる治療が対象です。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術(SEET 法) | <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 |
| <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ) | <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI) |
| <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1(EMMA/ALICE) | <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1(ERA) |
| <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ) | <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 |
| <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(IMSI) | <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2(子宮内膜受容期検査) |
| <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術(Zymot) | <input type="checkbox"/> (ERpeak) |

※治療方法については、厚生労働省が先進医療技術として公表されているものであるため増減することがあります。

3. 申請に必要な書類

- (1) 深川市先進不妊治療費等助成申請書
- (2) 深川市先進不妊治療受診等証明書
- (3) 先進不妊治療を実施した医療機関が発行した領収書(文書料を含む)
- (4) 先進不妊治療を実施した医療機関の医師が交付した院外処方箋の処方箋を受け付けた薬局が発行した領収書の写し
- (5) 夫婦の住所を確認できる書類(夫婦の一方が市外在住の場合)
- (6) 被保険者等であることを証明する書類
- (7) 戸籍謄本(事実婚の場合)
- (8) 事実婚関係に関する申立書(事実婚で、両人の住所が異なる場合)
- (9) その他市長が必要と認める書類

※ (5)~(8)は、同一年度内における2回目以降の申請時に添付を省略できます。

4. 申請の期限

原則として1回の検査・治療の終了毎に、妊娠等に至った日又は医師の判断により当該治療を終了した日から60日以内に申請してください。

【 問合せ・申請先 】

深川市 市民福祉部 健康・子ども課 健康推進係
☎(0164)26-2609(直通)