

『吉田町不育症治療費助成事業』のご案内

吉田町では、総合的な少子化対策のひとつとして、医療保険が適用されない不育症治療を受けるご夫婦の経済的負担を軽減するため、治療に要する費用の一部を助成します。

助成を受けられる方

次のいずれにも該当する夫婦の一方

- ① 法律上婚姻している夫婦
- ② 医療機関において不育症と診断され、不育症の治療を受けた方
- ③ 夫又は妻のいずれか一方又は双方が吉田町に住所を有している方
- ④ 当助成に係わる治療の開始日における妻の年齢が43歳未満である方
- ⑤ 夫及び妻の前年合計所得額が730万円未満の方

(1月から5月までの間に申請する場合は、前々年の所得) ※合計所得額の計算方法については裏面参照

助成対象となる治療

医療保険が適用されない不育症治療に係わる下記治療

(ただし、文書料、個室料等の治療に直接関係のない費用は対象外)

① 不育症のリスク因子の検査

検査内容	検査項目	
一次スクリーニング	抗リン脂質抗体	抗カルジオピリン β_2 グロコプロテインI (CL β_2 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
	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 活性もしくはプロテインS 抗原
		プロテインC 活性もしくはプロテインC 抗原
		APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)

② 絨毛染色体検査

③ 不育症の治療に係る、低用量アスピリン療法及びヘパリン療法(ヘパリン在宅自己注射療法を含む。)

助成額

治療費のうちの本人負担額の10分の7以内(限度額: 通算24万1千5百円)

助成期間

助成開始月から継続する24か月（県内の他市町で同事業の助成を受けた期間も含む）

申請期限

原則として、治療を受けた日の属する年度内。

ただし、1月1日から3月31日までの間に治療を受けた場合は、治療終了日から90日以内。

申請方法

下記書類等を健康づくり課（保健センター）へ御持参ください。

【申請に必要な書類】

- ① 吉田町不育症治療費助成金交付申請書（様式第1号）
- ② 吉田町不育症治療助成事業受診等証明書（様式第2号）
- ③ 吉田町不育症治療費助成事業に関する同意書
- ④ 不育症治療に係わる医療機関発行の領収書
- ⑤ 夫及び妻の所得額を証明する書類 ※
- ⑥ 振込先の銀行口座を確認できるもの（通帳、キャッシュカードなど）

（注意事項）

※①～③の申請書類は、健康づくり課（保健センター）または吉田町ホームページ（www.town.yoshida.shizuoka.jp）からもダウンロードできます。

※⑤の書類については、令和5年1月1日に吉田町に住所がある方は、「吉田町不育症治療助成事業に関する同意書」にて、町で所得の確認ができる場合には省略できます。

【所得の計算方法】

夫婦の合計所得が730万未満であれば助成の対象となります。

※1 所得の合計	—	※2 80,000 円	—	※3 諸控除
-------------	---	----------------	---	-----------

※1 所得の合計

総収入金額から税法上の必要経費を引いた額 ➡ 所得(課税)証明書の「合計所得金額」
(市町によって表記が異なります)

※2 社会保険料相当額 ➡ 所得のある方のみ控除

※3 諸控除 実際に控除され、所得(課税)証明書で確認ができるものに限りします。

➡	雑損控除	実際に控除された金額
	医療費控除	実際に控除された金額
	小規模企業共済等掛金控除	実際に控除された金額
	障害者控除（普通）	障害者 1 人当たり 27 万円
	障害者控除（特別）	特別障害者 1 人当たり 40 万円
	勤労学生控除	該当すれば 27 万円

