明石市先進医療にかかる
不育症検査費用助成事業のご案内

不育症の方の経済的な負担の軽減を図るため、検査に係る費用の一部を助成します。

受付期間	検査実施日の属する年度内（３月３１日まで） ※期日に間に合わない場合は、必ず事前にご相談ください。
助成対象者 （①～③すべてに該当している方が対象）	① 明石市内に住所があり、対象となる検査を受けた女性 ② ２回以上の流産や死産の既往があると医師に診断されていること ③ 申請する検査費用について、他の自治体等から類似の助成金等の交付を受けていないこと ※ 明石市不育症治療支援事業とは助成対象者が異なります。ご注意ください。
助成対象となる検査	先進医療実施医療機関で行った、流死産検体を用いた遺伝子検査１（次世代シーケンサーを用いた流死産絨毛・胎児組織染色体検査）、抗ネオセルフβ2グリコプロテインI複合体抗体検査、流死産検体を用いた遺伝子検査２（流死産絨毛・胎児組織NGS染色体検査） ※ 助成対象となる医療機関かどうかは厚生労働省のホームページをご確認ください。 URL：https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryo/kikan02.html
助成額	先進医療部分にかかる検査費用の１０分の７（６万円を上限に助成） ・保険診療部分や、入院室料（差額ベッド代）、食事療養費、文書料等は、助成対象外です。
助成回数	助成回数の制限はありません。
申請関係書類 ※消えるボールペンでの記入は無効です	⑴ **明石市先進医療にかかる不育症検査費用助成事業申請書** ※ 申請者の自署が必要です。 ⑵ **明石市先進医療にかかる不育症検査受検証明書**（医療機関が記入） ⑶ **領収書（原本）**　コピーを取った後、原本はお返しします。 ⑷ **振込先の預金通帳またはキャッシュカードのコピー【任意】** ※ 口座名義人は、申請者の個人名義にしてください。
支給方法	審査の結果、承認した時には、申請受付日から翌々月の月末までに、口座振込により支給します。（事務都合により、支給日が遅くなる場合があります。）
申請方法	必要書類を揃えて、保健総務課窓口へ持参、または郵送してください。 ・不備がある場合は、全て返却し、再提出をお願いすることがあります。 ・郵送の場合、領収書返送用の返信用封筒（なるべく簡易書留や特定記録郵便）を同封してください。郵便事故等については、当方では責任を負えません。 ・郵送による申請日は、投函日ではなく消印日となりますのでご留意ください。
申請受付 お問い合わせ	あかし保健所　保健総務課 〒674-0068　明石市大久保町ゆりのき通１丁目 4-7 あかし保健所　３階 電話　078-918-5414　　FAX　078-918-5440

（不育症治療支援事業の助成について）

不育症の検査及び治療の助成事業である『明石市不育症治療支援事業』により助成を受ける場合は、別申請が必要となります。詳しくは不育症治療支援事業の助成内容をご確認ください。