

## 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
勤労学生控除	27万円
雑損・医療費・小規模企業共済等掛金控除	該当額控除

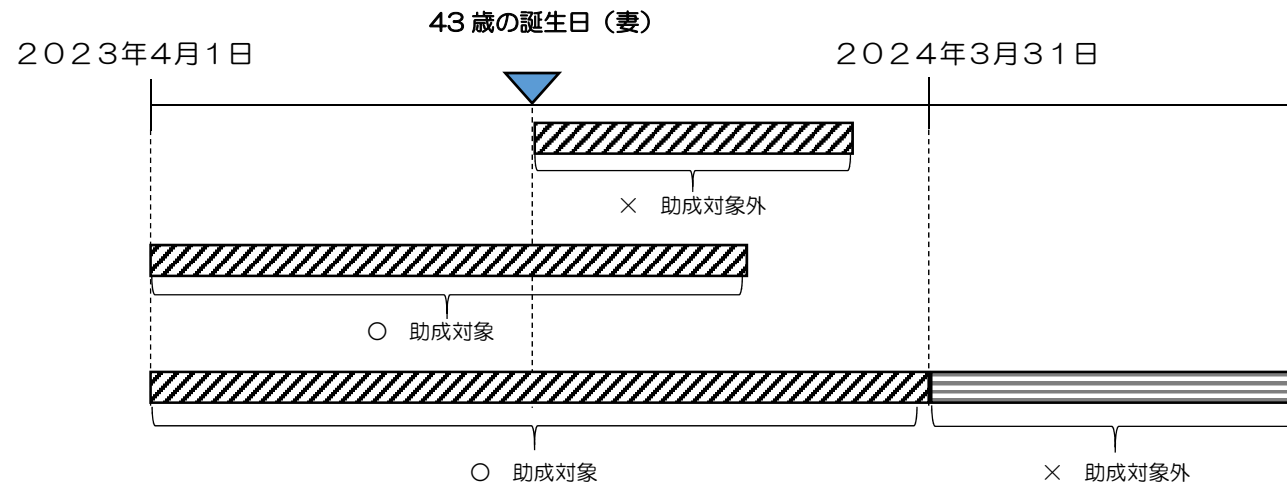
## 3 申請手続きの流れ



## 4 年齢の考え方

毎年、補助対象検査・治療を受けた日の初日における妻の年齢が**43歳未満**であることが補助要件の一部です。  
※誕生日を加齢日とします。

【例】



令和5年4月作成



# 三原市不妊治療費補助のご案内

三原市では、医療機関において、不妊症と診断され、その治療を受けているご夫婦に対し、不妊症治療費の一部を補助しています。

《助成対象》 不妊症と医師に診断された人が受けた対象の検査・治療

《申請期限》 令和6年3月31日まで

《補助額と回数》 上限30万円までを1年度に1回

### 不妊症とは

妊娠はするけれども、流産、死産もしくは生後1週間以内に死亡する新生児死亡などを繰り返すことを「不妊症」といいます。

不妊症は、特殊な場合を除いて正しい検査と治療を行うことで、80%以上の方が赤ちゃんを出産することができます。\*1

出典：\*1 厚生労働省研究班「フイクーラボ」より

### 不妊症に関する情報

不妊症に関する詳しい情報は、厚生労働省ホームページをご覧ください。  
不妊症についてのQ&Aや不妊症治療医療機関情報なども掲載されています。

Fuiku-Labo フイクーラボ(国立研究開発法人 日本医療研究開発事業委託事業)



厚生労働省  
ホームページ



Fuiku-Labo

### 広島県不妊専門相談センターについて

広島県不妊専門相談センターでは、不妊や不育に悩む夫婦や家族に対し、不妊・不育に関する医学的・専門的な相談やこころの悩み等について、医師や助産師等の専門家が相談に対応したり、治療に関する情報提供を行っています。

広島県 不妊専門相談センター



### 問い合わせ・申請窓口

申請に必要な書類や受付などの詳しい内容については、こちらにお問い合わせください。



三原市こども安心課 すくすく係

電話 0848-67-6061

受付時間 8:30~17:15

(土日・祝日・年末年始を除く)



詳細は  
裏面へ

# 1 制度の概要

1	補助対象者	<p><b>①～⑥の全てに該当する方</b></p> <p>① <b>不育症<sup>*1</sup>であると医師に診断されていること。</b></p> <p>② 検査・治療の初日<sup>*2</sup>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<sup>*2</sup>に、<b>妻の年齢が43歳未満</b>であること。</p> <p>④ 治療初日から申請日<sup>*3</sup>まで、申請者が<b>三原市に住民登録</b>をしていること。</p> <p>⑤ <b>夫婦の所得の合計額が730万円未満<sup>*4</sup></b>であること。</p> <p>⑥ <b>市税等を滞納していないこと。</b></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          ※2 令和5年4月1日～令和6年3月31日の間で、補助対象検査・治療を受けた日の初日          ※3 三原市が申請書等を受け取った日          ※4 詳しくは、「2 所得の計算方法」に記載</p>
---	-------	--

2	補助対象検査・治療	<p><b>令和5年4月1日～令和6年3月31日</b>に、国内の医療機関で受けた<b>次の検査・治療</b></p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">検査</td> <td>下の表に記載した「補助対象の不育症検査・治療」</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、<b>補助対象外</b>です。</p> <p>(1) 入院時食事療養費、個室使用料及び文書料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) 処方箋によらない医薬品等の費用</p> <p>(4) 三原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。          ※医師の処方箋による医薬品等も対象です。          （「三原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>「補助対象の不育症検査・治療」</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td rowspan="10" style="text-align: center; vertical-align: middle;">スクリーニング</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">子宮形態検査</td> <td>子宮卵管造影検査（HSG）</td> </tr> <tr> <td>Sonohysterography（子宮腔内液体注入法）</td> </tr> <tr> <td>二次元、三次元経腔超音波検査</td> </tr> <tr> <td>中隔子宮と双角子宮の鑑別に用いるMRI・超音波検査</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">内分泌検査</td> <td>甲状腺機能（fT4、TSH）</td> </tr> <tr> <td>糖尿病検査（血糖値、HbA1c）</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">夫婦染色体検査</td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">抗リン脂質抗体</td> <td>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>GP I）複合体抗体</td> </tr> <tr> <td>抗カルジオリピン（CL）IgG抗体</td> </tr> <tr> <td>抗カルジオリピン（CL）IgM抗体</td> </tr> <tr> <td>ループスアンチコアグラント</td> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">選 択 的 検 査</td> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">抗リン脂質抗体</td> <td>抗PEIgG抗体</td> </tr> <tr> <td>抗PEIgM抗体</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">血栓性素因スクリーニング（凝固因子検査）</td> <td>第Ⅷ因子活性</td> </tr> <tr> <td>プロテインS活性又はプロテインS抗原</td> </tr> <tr> <td>プロテインC活性又はプロテインC抗原</td> </tr> <tr> <td colspan="2">APTT（活性化部分トロンボプラスチン時間）</td> </tr> <tr> <td colspan="3">その他医師が不育症の検査として必要と認めたもの</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">治 療</td> <td colspan="2">アスピリン療法</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射を含む。）</td> </tr> <tr> <td colspan="2">その他（ ）</td> </tr> </table>	検査	下の表に記載した「補助対象の不育症検査・治療」	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。	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、三次元経腔超音波検査	中隔子宮と双角子宮の鑑別に用いるMRI・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）	夫婦染色体検査		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> GP I）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PEIgM抗体	血栓性素因スクリーニング（凝固因子検査）	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）		その他医師が不育症の検査として必要と認めたもの			治 療	アスピリン療法		ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射を含む。）		その他（ ）	
検査	下の表に記載した「補助対象の不育症検査・治療」																																									
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。																																									
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、三次元経腔超音波検査																																								
		中隔子宮と双角子宮の鑑別に用いるMRI・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）																																								
	夫婦染色体検査																																									
	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> GP I）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PEIgM抗体																																								
	血栓性素因スクリーニング（凝固因子検査）	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）																																										
その他医師が不育症の検査として必要と認めたもの																																										
治 療	アスピリン療法																																									
	ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射を含む。）																																									
	その他（ ）																																									

3	補助額	<p><b>30万円まで</b>（夫婦1組に対して助成）</p> <p>※助成額は、令和5年4月1日～令和6年3月31日に行った補助対象検査・治療に要した費用で、「三原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	補助回数	<p>年度（4月～翌3月の間）に<b>1回</b></p> <p>（令和5年4月～令和6年3月31日まで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>令和6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> <p>※次のいずれかに該当した場合は翌日から2か月以内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、三原市に住所を有しなくなる場合は、三原市に住所があるうちに申請してください。申請日に住所を有することが条件です。</p>
6	申請関係書類	<p>①三原市不育症検査・治療費補助金交付申請書（様式第1号）←申請者が記入</p> <p>②三原市不育症検査・治療費補助券交付申請に係る証明書（様式第2号）←医療機関が記入</p> <p>③三原市不育症検査・治療費補助金交付請求書（様式第5号）←申請者が記入</p> <p>④戸籍謄本（原本）★補助申請日から3か月以内に発行されたもの</p> <p>⑤夫婦のいずれかが市外のときはその人の住民票★補助申請日から3か月以内に発行されたもの</p> <p>⑥所得と所得控除額が証明できる書類          （例：課税台帳記載事項証明書（課税内容全部の証明）等）</p> <p><b>令和5年4月～5月に申請する場合</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・令和4年度（令和3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>令和5年6月以降に申請する場合</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・令和5年度（令和4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>※令和5年1月1日の時点、三原市に住民票がない場合は、前住所地での取り寄せが必要な場合があります。詳しくは、保健福祉課までお問い合わせください。</p> <p>⑦補助金申請用納税証明書（滞納のない証明書）★補助申請日から1週間以内に発行されたもの</p> <p>⑧医療機関が発行した領収書の写し（院外処方がある場合は、薬局の領収書も必要）</p> <p>⑨振込口座（申請者名義）が分かる通帳の写し          （申請者の口座番号・支店コードが記載してあるページ）</p> <p>⑩申請者の印鑑</p> <p>◎申請に必要な各種様式については、申請窓口（保健福祉課）で受け取っていただくか、市ホームページでダウンロードしてください。</p>
7	補助の決定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・審査後、結果を郵便で通知します。</li> <li>・補助決定となった場合、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>