



# 鳥取市不育症検査費等助成金のおしらせ

鳥取市では、不育症の方の経済的負担軽減を図るため、不育症の検査や治療に係る費用を助成しています。

## (1) 不育症検査費助成金

対象検査	助成額
流死産検体を用いた遺伝子検査 (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)	1回の検査費用の7割に相当する額(上限60,000円まで) ※千円未満の端数切捨
抗ネオセルフβ2グリコプロテインI複合体抗体検査	

※ただし、先進医療の実施機関として承認されている保険医療機関で行った検査であり、かつ保険適用されている不育症に関する治療・検査を保険診療として実施している医療機関で当該検査を実施した場合に限る。  
(該当医療機関であるかは、直接医療機関へご確認ください。)



**対象者：**次の要件のすべてに該当する方

- 2回以上の流産又は死産の既往がある方
- 申請時点において、鳥取市、岩美町、若桜町、智頭町又は八頭町のいずれかの区域に住所を有すること
- 助成金の申請を行う不育症検査について、他の自治体から助成を受けていないこと
- 様式第2号に記載された検査結果等の情報を国へ提出すること及び検査結果等を国が集約・分析等を行い、施策の検討に活用する同意すること

### 申請に必要な書類

- ① 鳥取市不育症検査費助成金交付申請書兼請求書(様式第1号)
- ② 鳥取市不育症検査費用助成検査受検証明書(様式第2号)又はそれに代わる書類
- ③ 医療機関が発行する助成対象経費にかかる領収書及び診療明細書の写し
- ④ 申請者の住民票(申請日の3か月以内に発行されたもの)  
※マイナンバーの記載がないもの  
※鳥取市民で住民基本台帳を確認することに同意した場合は省略可

## (2) 不育症検査及び治療費助成金(鳥取市独自制度)

### 助成金額

助成対象経費の2分の1を助成  
(同一夫婦につき1年度につき10万円、通算5年度を限度)

### 対象となる検査又は治療

不育症治療等(不育症診断及び不育症の治療(当該治療に伴う検査を含む。))をいう。)に要した費用。

ただし、下記の費用は対象外。

- ・ 保険適用の検査及び治療経費
- ・ 不育症検査及び治療に直接関係のない経費
- ・ 上記(1)の不育症検査費助成金の助成対象となる検査費用



**対象者：**次の要件のすべてに該当する方

- 対象となる検査又は治療を受けた法律上の婚姻をしている夫婦または事実婚関係にある夫婦
- 申請時点において夫若しくは妻のいずれか一方又は両方が鳥取市に住所を有し、申請者が鳥取市に住所を有すること
- (公社)日本産科婦人科学会の会員である産婦人科専門医が所属する医療機関で、不育症診断を受けた方
- 助成金の申請を行う不育症検査又は治療について、他の自治体から助成を受けていないこと

### 申請に必要な書類

- ① 鳥取市不育症検査及び治療費助成金交付申請書兼請求書(様式第3号)
- ② 鳥取市不育症検査及び治療実施医療機関証明書(様式第4号)
- ③ 医療機関が発行する助成対象経費にかかる領収書及び診療明細書の写し
- ④ 夫及び妻の住民票(申請日の3か月以内に発行されたもの)  
※マイナンバーの記載がないもの  
※鳥取市民で住民基本台帳を確認することに同意した場合は省略可
- ⑤ 住民票で夫婦であることが確認できない場合は、婚姻していることが確認できる書類
  - ・ 法律婚の場合 両人の戸籍抄本等
  - ・ 事実婚の場合 両人の戸籍謄本及び事実婚関係に関する申立書

### 申請期限 (1)(2)ともに

検査又は治療終了した月から**7か月後の月**まで

(例) 令和8年9月に治療終了した場合、令和9年4月末までに申請