

宍粟市少子化対策事業助成条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和6年4月2日

宍粟市長 福元晶三

宍粟市規則第40号

宍粟市少子化対策事業助成条例施行規則の一部を改正する規則

宍粟市少子化対策事業助成条例施行規則（平成19年宍粟市規則第7号）の一部を次のように改正する。

次の表の左欄に掲げる規定を同表の右欄に掲げる規定に改める。

| 改正前 | | 改正後 | | |
|--|-----------------|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| （不育症治療費助成事業の助成内容の規則で定める要件） 第14条 [略] 2 医療保険が適用されない治療等については、次のとおりとする。 （1）不育症の検査 ア 不育症のリスク因子の検査 | | （不育症治療費助成事業の助成内容の規則で定める要件） 第14条 [略] 2 医療保険が適用されない治療等については、次のとおりとする。 （1）不育症の検査 ア 不育症のリスク因子の検査 | | |
| [略] | | [略] | | |
| 選択的検査 | 抗リン脂質抗体 | [略] 抗PEIgM抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体） | [略] 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 | [略] | 抗リン脂質抗体 | |
| | スクリーニング（凝固因子検査） | プロテインS活性もしくはプロテインS抗原 | | 抗PS/Pt抗体（フォスファチジルセリン依存性抗プロトロンビン抗体） |
| | | プロテインC活性もしくはプロテインC抗原 | | ネオ・セルフ抗体（抗β2GPI/HLA-D R抗体） |
| | [略] | 血栓性素因 | [略] | |
| | | スクリーニング（凝固 | プロテインS活性又はプロテインS抗原 | |

| 改正前 | 改正後 | | |
|--|--|-------|--------------------------------------|
| <p>[イ 略]</p> <p>[(2) 略]</p> <p>[3 略]</p> | | 因子検査) | <p>プロテインC活性又はプロテインC抗原</p> <p>[略]</p> |
| | <p>[イ 略]</p> <p>[(2) 略]</p> <p>[3 略]</p> | | |
| <p>備考 この表において、下線を付した部分及び太枠の部分は改正箇所を示し、[] の記載は注記である。</p> | | | |

様式第6号を別紙のように改める。

附 則

この規則は、公布の日から施行し、令和6年4月1日から適用する。

不育症治療支援事業受診等証明書

下記の者については、流産（生化学的流産を除く。）、死産又は早期新生児死亡の既往が2回以上あることから、不育症の検査及び治療を行いました。つきましては、医療保険適用内外の医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日
医療機関の名称及び所在地

主治医氏名 印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

| | | | |
|-----------------|--------------------------|----------|-----------|
| （ふりがな） 受診者氏名 | （ ） | 生年 月日 | 年 月 日（ 歳） |
| 今回の治療期間（※1） | 年 月 日 ～ | | 年 月 日 |
| 領収金額合計（※2） | ¥ _____ 円（①+②の合計と一致すること） | | |

※1：治療期間については、当該年度の4月1日から、当該年度末の3月末までを対象とします。左記期間内の治療期間を記載してください。治療等が終了していてもかまいません。

※2：領収金額の一致する治療期間内の領収書を別途添付して下さい。

※3：院外処方等で、別途費用が発生する場合は、薬局において「不育症治療支援事業受診等証明書（薬局用）」を作成することとなりますので、当該費用の記載は不用です。

【実施した医療保険適用内の治療等】

| 項 目 | 金 額 |
|--------|-----|
| | |
| 合 計（①） | |

【実施した医療保険適用外の治療等】

| 区 分 | 項 目 | 実施の有無 | 金額 |
|-------------------|--------------------|------------------------------------|----|
| 検査 (一次スクリーニング) | 抗リン脂質抗体 | 抗カルジオリピンβ2グルコプロテインI複合体抗体 | |
| | | 抗カルジオリピンIgG抗体 | |
| | | 抗カルジオリピンIgM抗体 | |
| | | ループスアンチコアグラント | |
| | 夫婦染色体検査 | | |
| 検査 (選択的検査) | 抗リン脂質抗体 | 抗PEI gG抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体） | |
| | | 抗PEI gM抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体） | |
| | | 抗PS/PT抗体（フォスファチジルセリン依存性抗プロトロンビン抗体） | |
| | | ネオ・セルフ抗体（抗β2GPI/HLA-DR抗体） | |
| | 凝固因子検査 | 第XII因子活性 | |
| | | プロテインS活性又は抗原 | |
| | | プロテインC活性又は抗原 | |
| | | APTT（活性化部分トロンボプラスチン時間） | |
| 検査 | 絨毛染色体検査 | | |
| 治療 | 低容量アスピリン療法 | | |
| | ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射） | | |
| 合 計（②） | | | |