

助成対象となる治療等と助成額

対象者が産科婦人科医の属する国内の医療機関で受けた治療等のうち、次に掲げるものに限ります。

治療等と助成額		事業対象となる検査及び治療
検査	抗リン脂質抗体検査	抗カルジオリピン β_2 グロコプロテイン I (CL β_2 GP I) 複合体抗体
		抗 β_2 GPI IgG 抗体
		抗 β_2 GPI IgM 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
		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)
		フォスファチジルセリン依存性抗プロトロンビン(PS/PT)抗体
	血栓性素因関連検査	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
		アンチトロンビン(AT)
		APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)
流産絨毛染色体検査 ※1		
治療	低用量アスピリン療法	
	ヘパリン療法(ヘパリン在宅自己注射療法を含む。)	
助成額	<p>✿本事業の助成の額は、治療等に要した本人負担額の合計金額に相当する額とし、1回当たり10万円を限度とする。</p> <p>✿本人負担額に対し、医療保険各法等の保険者が負担すべき高額療養費及び保険者からの付加給付等がある場合は、これを控除するものとします。</p>	

※1 流産絨毛染色体検査を実施された場合は、徳島県不育症検査費用助成事業の対象となる場合があります。対象となる場合は、流産絨毛染色体検査については徳島県、それ以外の項目については阿波市への申請となりますのでご注意ください。