

芽室町特定不妊治療費助成金申請書

年 月 日

芽室町長 様

(申請者) 住 所  
氏 名  
電話番号

関係書類を添えて、下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

	夫		妻		
ふりがな					
氏 名					
生年月日	年 月 日生 ( 歳)		年 月 日生 ( 歳)		
申請者と別の住所	※夫と妻の住所が異なる場合のみ記入 ( 夫 ・ 妻 ) 〒				
過去の助成の有無	過去に特定不妊治療費に係る助成を受けたことがありますか 無 ・ 有 → 過去 ( 回 ) 受けたことがある。 助成を受けた市町村名 芽室町・その他 ( )				
高額療養費・付加給付の給付の有無	高額療養費	有 ・ 無	付加給付	有 ・ 無	
治療に要した費用	円 (ア+イ+ウ)				
治療に要した費用の内訳		A 領収金額	B 高額療養費	C 付加給付金	D 自己負担額 (A-B-C)
	生殖補助医療費	円	円	円	ア 円
	先進医療費	円			イ 円
	男性不妊治療費	円	円	円	ウ 円
交通費・宿泊費	交通費 円		宿泊費 円		

- ※1 治療費の支払い時に限度額適用認定証を提示しなかった場合は、加入している健康保険又は組合に高額療養費の支給金額を確認し、「B 高額療養費」欄へ記入してください。
- ※2 付加給付金については、加入している健康保険又は組合に確認し、給付がある場合は「C 付加給付金」欄へ記入してください。

同意書	
芽室町特定不妊治療費助成事業実施要綱第7条に規定する審査に際し、担当職員が住民基本台帳及び町税の納付状況について、照会、調査、閲覧することに同意します。	
申請者 _____	配偶者 _____

振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座・貯蓄	
	口座番号	(左詰めで記入)	
口座名義人 (申請者)		フリガナ	

【必要書類】

- ① 芽室町特定不妊治療費助成受診等証明書（様式第3号）
- ② 医療機関及び薬局（院外処方有の場合）が発行した治療に係る領収書
- ③ 高額療養費支給決定通知書の写し（該当する場合）
- ④ 付加給付金の金額が確認できるものの写し（該当する場合）
- ⑤ 宿泊に係る領収書 ※1
- ⑥ 口座の確認できるものの写し（通帳等）
- ⑦ 住民票謄本 ※2
- ⑧ 戸籍謄本 ※2
- ⑨ 夫婦の一方が町外に住所を有する場合は町外の方の住民票謄本、戸籍謄本
- ⑩ 事実婚で同一世帯でない場合は、事実婚関係に関する申立書（様式第1号）
- ⑪ その他必要と認める書類

※1 交通費・宿泊費の助成は、十勝管外の医療機関で治療した場合に対象となります。

※2 夫婦ともに芽室町に住所を有し、上記事項に同意された方は、⑦及び⑧の添付は不要です。

芽室町特定不妊治療費助成受診等証明書

下記の者については、次のとおり特定不妊治療(又はその調剤の処方)を実施し、これに係る医療(調剤)費自己負担額を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関又は薬局の名称及び所在地

代表者氏名

印

医療機関記入欄

受診者氏名	夫				妻			
受診者生年月日		年	月	日( 歳)		年	月	日( 歳)
貴医療機関における治療開始年月日		年			月	日		
今回の治療期間	年 月 日 から			年 月 日まで				
治療内容	生殖補助医療 (該当する記号に○をつけてください。裏面参照)							
	A B C D E F							
当該受診者が今回行った特定不妊治療の内容について記入してください。	男性不妊治療 (行った手術療法を記載してください。)							
	上記治療に伴い医師が必要として実施した先進医療 (該当するものに○をつけてください。)							
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ PICSI</li> <li>・ SEET法</li> <li>・ IMSI</li> <li>・ 二段階胚移植法</li> <li>・ 反復着床不全に対する投薬 (タクロリムス)</li> <li>・ その他 (名称: )</li> </ul>								
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ タイムプラス</li> <li>・ 子宮内膜受容能検査 (ERA)</li> <li>・ 子宮内フローラ検査</li> <li>・ マイクロ流体技術を用いた精子選別</li> </ul>								
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 子宮内細菌叢検査 (EMMA/ALICE)</li> <li>・ 子宮内膜スクラッチ</li> <li>・ 子宮内膜受容器検査 (ERPeak)</li> <li>・ 着床前胚異数性検査 (PGT-A)</li> </ul>								
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 院外処方の有無 (有 ・ 無 )</li> <li>・ 高額療養費限度額適用認定証の有無 (有 ・ 無 )</li> </ul>								
自己負担額 (一治療分)	生殖補助医療費					円		
	先進医療費					円		
	男性不妊治療費					円		
自己負担額の内訳	生殖補助医療費 (男性不妊治療費を除く)	診療年月	保険診療の自己負担額	先進医療	院外処方分	高額療養費の有無		
		年 月	円	円	円	有 ・ 無		
		年 月	円	円	円	有 ・ 無		
		年 月	円	円	円	有 ・ 無		
		年 月	円	円	円	有 ・ 無		
		年 月	円	円	円	有 ・ 無		
	年 月	円	円	円	有 ・ 無			
男性不妊治療費	年 月	円	円	円	有 ・ 無			

(裏面あり)

(記載上の注意)

- 1 当該患者に関して行った生殖補助医療、男性不妊治療、併せて行った先進医療に係るもののみご記入ください。
- 2 院外処方の有無が「有」の場合は、薬局の領収書から「院外処方分」の欄に記入してください。
- 3 文書料、個室料等の保険診療外の費用、食事療養標準負担額、付加給付は含まないでください。

(生殖補助医療の内容)

- A 新鮮胚移植を実施
- B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施
- C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
- D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
- E 授精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止
- F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止

事実婚関係に関する申立書

芽室町長 様

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

下記二名については、事実婚関係にあります。

また、不妊治療によって生まれた子については認知します。

① 芽室町特定不妊治療費助成金申請者の住所、氏名

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

② 芽室町特定不妊治療費助成金申請者の住所、氏名

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

※別世帯になっている理由

（①と②が別世帯となっている場合には記入）

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_