

別記様式第1号 (第5条関係)

奈井江町生殖補助医療費助成金交付申請書

年 月 日

奈井江町長 様

住所 奈井江町

申請者

氏名

次のとおり生殖補助医療費の助成を申請します。

(ふりがな) 氏名	夫	()	生 年 月 日	年 月 日生 (歳)
	妻	()		年 月 日生 (歳)
住 所	〒 電話			
過去に奈井江町又は他の市町村で生殖補助医療に関する助成金を受けたことがありますか。 ・ない ・ある→過去 (回) ・助成を受けた市町村名 () 今回の治療が第2子以降の生殖補助医療費である場合のみ記載願います。 ※治療対象の子ども毎の助成回数になりますので、以前に生殖補助医療費の助成対象とな				
申 請 額	_____円 ※申請額=a-b (ただし上限200,000円とする)			
	(a)自己負担額(保険適用分) _____円 (b)付加給付額(高額療養費等) _____円 ※自己負担額には保険診療外による治療費を含めることはできません。			
添 付 書 類	1 奈井江町生殖補助医療費助成事業受診等証明書 2 生殖補助医療を実施した医療機関が発行した治療費及び手数料の領収書等 (院外処方薬に係る薬局の領収書含む) の写し 3 夫婦それぞれの被保険者証等の写し 4 高額療養費制度に基づく限度額適用認定証の写し (該当する場合) 5 高額療養費制度に基づく支給決定通知書の写し (該当する場合) 6 事実婚関係に関する申立書			
受取り希望 金融機関	銀行・農協 本店・支店		(ふりがな)	
	金庫・信組 本店・支店		口座名義人	
			口 座 番 号	
上記申請について、奈井江町が助成の適否を決定するために、住民基本台帳情報、町税の納付状況等の個人情報を閲覧し確認すること、指定医療機関及び調剤薬局等へ照会すること、高額療養費制度等の利用状況について医療保険者へ紹介することを承諾します。また、必要に応じて、他の市町村に対し、この申請に関する情報を照会し、又は提供することについて同意します。				
氏名	夫 _____	妻 _____		

別記様式第2号 (第5条関係)

奈井江町生殖補助医療費助成事業受診等証明書

年 月 日

奈井江町長 様

医療機関等 (又は薬局)

所在地

名称

主治医氏名

印

電話番号

次のとおり、生殖補助医療に関する治療等を実施し、これに係る医療費等の本人負担額を徴収したことを証明します。

医療機関記入欄 (薬局の場合は太枠のみご記入ください。)

夫	カガナ 氏名	生年月日	
妻	カガナ 氏名	生年月日	
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
治療内容	A B C D E F 該当する記号 (注意事項1参照) に○をつけてください		AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 (該当する番号に○をつけてください)
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください。		(精子回収の有無) 1. 有 2. 無
本人負担額の 内訳	治療月	医療機関 (又は薬局) 徴収分 ※保険診療のみ	本人負担額
		医療 (又は調剤) 費総額	高額療養費給付額
	年 4月分		円
	年 5月分		円
	年 6月分		円
	年 7月分		円
	年 8月分		円
	年 9月分		円
	年 10月分		円
	年 11月分		円
	年 12月分		円
	年 1月分		円
	年 2月分		円
	年 3月分		円
	合計	円	円
文書料			② 円
領収金額 (①+②)		円 (上記本人負担額の合計額となります)	

※当該患者に関して行った生殖補助医療に係るもののみご記入ください。(一般不妊治療費や、個室料・食事代等治療に直接関係ない費用は含みません。) 助成対象となる治療は裏面記載のいずれかに相当するものです。

(注意事項1) 助成対象となる治療は次のいずれかに相当するものです。

- 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（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために、1～3周期程度の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合）
- 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. 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等による中止
- F. 採卵した卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止
※採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。

(注意事項2) 採卵に至らないケース（侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません

事実婚関係に関する申立書

_____年_____月_____日

下記2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 奈井江町生殖補助医療費助成交金付申請者の住所、氏名

住所 _____

氏名 _____

- ② 配偶者（事実婚関係にあるもの）の住所、氏名

住所 _____

氏名 _____

※ 別世帯となっている理由

(①と②が別世帯となっている場合には記入)

奈井江町長 様