(別紙) 申請金額内訳書

○治療費

かかった費用※1	補助基準額※2	補助額※3
A	B	$C=B \times 7/10$
円	円	円

※1：実際にかかった金額を記入してください。

※2：Aに記入した金額が50,000円未満の場合、Aに記入した金額を記入してください。

Aに記入した金額が50,000円以上の場合は、50,000円と記入してください。

※3：Bに記入した金額に10分の7を掛けた金額を記入してください。

小数点以下は切り捨ててください。

○交通費（フェリー代を除く）

※1	かかった費用 ※2	自宅から医療機 関の距離※3	補助基準額 ※4	補助額 ※5
	A	B	C	$D= C \times 2/3$
1回目	円	km	円	円
2回目	円	km	円	円
3回目	円	km	円	円
4回目	円	km	円	円
5回目	円	km	円	円
計	円			円

※1：助成回数は1回の治療につき、上限5回としています。

※2：公共交通機関を使用した場合、かかった費用を記入してください。分からない場合は空欄で構いません。

※3：GoogleMap等で計測した距離を記入してください。

※4：交通費の助成額は、下記の＜参考＞交通費補助上限単価と助成額のとおり距離に応じた上限額があります。

Aに記入した金額が上限額未満の場合は、Aに記入した金額を記入してください。

Aに記入した金額が上限額以上の場合は、上限額を記入してください。

※5：Cに記入した金額に、Dで記入した通院回数を掛けた数字に3分の2を掛けた金額を記入してください。

小数点以下は、切り捨ててください。

○＜参考＞交通費補助上限単価と助成額

距離区分 (自宅から医療機関まで)	補助上限単価 (往復)	助成額 (3分の2乗じた額)
25kmを超えて50kmまで	1,430円	953円
50kmを超えて75kmまで	2,450円	1,633円
75kmを超えて100kmまで	3,200円	2,133円
100kmを超えて125kmまで	4,520円	3,013円
125kmを超えて150kmまで	5,150円	3,433円
150kmを超えて175kmまで	5,880円	3,920円
175kmを超えて200kmまで	6,720円	4,480円
200kmを超えて225kmまで	8,080円	5,386円
225kmを超えて250kmまで	8,820円	5,880円
250kmを超えて275kmまで	9,550円	6,366円
275kmを超える	10,180円	6,786円

奈井江町不妊治療（先進医療）費等助成事業受診等証明書

年 月 日

奈井江町長 様

医療機関

所在地

名称

主治医氏名

印

電話番号

次のとおり、先進医療技術となっている不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

医療機関記入欄

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
	受診者生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	昭和 平成
今回の治療方法 (注1)	先進医療A	☐ 子宮内膜刺激術 (SEET法) ☐ タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 ☐ 子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ) ☐ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI) ☐ 子宮内膜受容能検査1 (ERA) ☐ 子宮内細菌叢検査1 (EMMA/ALICE) ☐ 二段階胚移植術 ☐ 子宮内細菌叢検査2 (子宮内フローラ) ☐ 子宮内膜受容能検査2 (子宮内膜受容期検査) (ERpeak) ☐ 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 (IMSI) ☐ 膜構造を用いた生理学的精子選択術 (Zymot)		
	先進医療B	☐ タクロリムス投与療法 ☐ 着床前胚異数性検査		
今回の治療期間 (注2)	年 月 日 ~ 年 月 日			
領 収 金 額	治療にかかった金額合計 (※保険外診療に限る)			
	先進医療分	領収金額 _____ 円		

(注1) 治療方法については、厚生労働省が先進医療技術として公表されているものであるため、増減することがあります。

(注2) 治療期間については、治療計画を作成した日から妊娠確認日までを記載してください。

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 奈井江町不妊治療（先進医療）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