

一般不妊治療（人工授精）助成金交付申請書

年 月 日

北方町長 様

申請者 住所 本巢郡北方町

氏名 _____ 印

電話番号 () _____

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。
また、裏面に掲げる「確認すべき事項」について、同意します。（※1）

記

対象者			(ふりがな) 氏 名	生年月日
	夫		()	年 月 日生 (歳)
	妻		()	年 月 日生 (歳)
	住所 (※2)		〒 _____ 電話 ()	
	加入医療保険	(夫)	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 () 【保険名称】 () 【保険者番号】 () 【被保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者	
(妻)		【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 () 【保険名称】 () 【保険者番号】 () 【被保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者		
過去の助成実績		無 ・ 有 有る場合、() 年度 助成金を受けた自治体 (本町・ _____ 市町村)		
申請額		金 _____ 円	(本人負担額の1/2で、年度上限5万円) (※3) (1,000円未満は切り捨て)	
(申請者の配偶者)				
申請者氏名		_____ 印 _____ 印		
(夫及び妻が自署若しくは記名押印)				
一般不妊治療費助成金交付決定にあたり、裏面の確認事項について本町が照会・確認することに同意します。				

注) 太枠の中をご記入ください。

※1 裏面の「確認すべき事項」を必ずお読みください。

※2 単身赴任等で夫妻の住所が異なる場合に記入してください。

※3 1年度とは、3月から翌年2月までの診察分を指します。

申請の受付は、治療が終了した日の属する年度内（3月末）に限ります。申請が間に合わない場合は、期間内に必ず保健センター（058-323-7600）までご連絡ください。

【 申請書類の提出について 】 申請を行う際、以下のものをご提出ください。

- 一般不妊治療（人工授精）助成金交付申請書（様式第1号）
 - 申請書に添付する書類
 1. 一般不妊治療（人工授精）助成事業受診等証明書（様式第2号）
 2. 領収書等の原本
 3. 夫及び妻の前年（1月から5月までの申請については前々年）の所得を証明する書類（児童手当法施行令による控除が確認できる所得・課税証明書）
 4. 夫及び妻の住所が確認できる書類
- その他、申請する際には、印鑑と健康保険証をお持ちください。
※なお、下記の確認事項に同意され、本町で確認できる場合は、3及び4は省略可。

【 確認すべき事項について 】

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、一夫婦あたりの支給額の上限が決められています。転入された方について以前にお住まいの自治体にこの助成金の以前の受給状況を照会するなど、助成金を交付するのに必要な下記の事項について、本町が照会・確認させていただくことがありますので、ご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

<確認事項>

1. 一般不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、本町が他の自治体へ照会すること。
2. 一般不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、他の自治体から本町へ照会があったときに、これに回答すること。
3. 本町の住民であること及び一般不妊治療の治療期間及び申請日に住民であったこと（住民基本台帳）。
4. 対象者の所得状況に関する資料を確認すること（前年所得の状況（1～5月の申請にあつては、前々年））。
5. 治療状況等について医療機関及び調剤薬局等に照会すること。
6. 健康保険組合等の保険者の規約等により支給される不妊治療に関する任意の給付（付加給付金）等について、保険者へ照会すること。なお、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返還を求めることがありますのでご了承ください。
7. 町税等（町民税、固定資産税、軽自動車税種別割、国民健康保険税、後期高齢者医療保険料、保育料、幼稚園保育料、下水道料金、水道料金）の納付状況について照会すること。

様式第2号（第7条関係）

一般不妊治療（人工授精）助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり人工授精を実施し、これに係る医療費〔実費本人負担額〕を徴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（主治医がご記入ください。）

ふりがな 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
一般不妊治療の実施状況		一般不妊治療開始年月日	年 月 日	
		人工授精実施回数	回	
本人負担額の内訳	区分	実 費 負 担 額		
		医療機関徴収分 (①)	薬局徴収分 (②)	
	年 3 月分	円	円	
	年 4 月分	円	円	
	年 5 月分	円	円	
	年 6 月分	円	円	
	年 7 月分	円	円	
	年 8 月分	円	円	
	年 9 月分	円	円	
	年10月分	円	円	
	年11月分	円	円	
	年12月分	円	円	
	年 1 月分	円	円	
	年 2 月分	円	円	
	合計	円	円	
[今回の治療にかかった金額合計]				
領収金額		円（上記本人負担額①②の合計額となります。）		

※ 1年度とは、3月から翌年2月までの診療分を指します。

※ 記入欄の注意事項については、裏面をご参照ください。

(裏)

【 注意事項 】

- 1 当該患者に関して行った人工授精に係るもの（医療保険各法に基づく給付の対象とならないものに限る）のみ、ご記入ください。
- 2 院外処方がある場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分②」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- 3 対象となる治療は次のとおりです。
 - (1) 事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びH I V等の感染症検査費用
 - (2) 採精費（事前採取も含む。）
 - (3) 精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料（人工授精当日に採精することが出来ない場合に限る。）
 - (4) 精子の濃縮、洗浄等に要する費用
 - (5) 排卵誘発のためのH C G注射に要する費用
 - (6) 精子を子宮内に注入するために要する費用
 - (7) 人工授精後、感染予防のために服用する抗生剤等に係る費用
- 4 文書料、個室料等の直接的な治療費でない費用は含まないでください。

年 月 日

北方町長 様

申請者 住所 本巢郡北方町

氏名 _____ ㊞

電話番号 (_____) _____

一般不妊治療 (人工授精) 助成金請求書

北方町一般不妊治療 (人工授精) 助成に関する要綱第7条の規定により次の金額を交付くださるよう請求します。

1 請求金額 金 _____ 円

2 振込先

(フリガナ)											
口座名義人											
金融機関名	銀行						本店				
	金庫						支店				
	農協						出張所				
預金種別	普通 当座			口座番号							
ゆうちょ銀行	記号				番号						

※ ただし申請者本人名義の口座に限る。