

北方町特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

北方町長 様

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。
 特定不妊治療費の助成が決定された場合、下記助成決定額を請求します。

		(ふりがな) 氏 名		生年月日	
対 象 者	夫	()		年 月 日生 (歳)	
	妻	()		年 月 日生 (歳)	
	申請者住所	〒 -		電話 ()	
	配偶者の住所が異なる場合は本欄に記載	〒 -		電話 ()	
(申請者の配偶者)					
申請者氏名 _____ (自署) _____ (自署)					
特定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。(※)					
申 請 額 等 (上限額10万円)		A 治療費の自己負担相当額		金	円
		B 医療保険等の規定による給付額		金	円
		C 岐阜県、その他の自治体からの助成、給付額		金	円
		D 本年度助成済み額		金	円
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行・金庫 信組・農協			本店・支店 支所・出張所
	預 金 種 別 (該当する方を囲む)	普 通 当 座	ふ り が な 口 座 名 義 人 (申請者本人名義)		
	口 座 番 号	(左詰で記入)			
	ゆうちょ銀行 (記号 - 番号)				

注) 太枠の中をご記入ください。

※ 裏面の「確認すべき事項」を必ずお読みください。

【北方町処理欄】

決定年月日	年 月 日	(受付印及び受付日)
決定内容	承認 ・ 不承認	
助成決定額 A - (B + C + D)	金 円	

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。ただし、治療が終了した日が2月1日から3月31日までの間の場合に限り、翌年度の5月末までに提出してください。この期間を過ぎると、助成することができません。申請が間に合わない場合は、受付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 】

申請を行う際には、健康保険証をお持ちになり、次のものをご提出ください。

- 北方町特定不妊治療費助成申請書（様式第1号）
 - 申請書に添付する書類
 - 1 北方町特定不妊治療費助成受診等証明書（様式第2号）
 - 2 領収書等の原本
 - 3 法律上の婚姻をしている夫婦であることを確認できる書類（5の書類がある場合は不要）
 - 4 夫及び妻の住所が確認できる書類
 - 5 県の特定不妊治療の対象者である場合には、その認定通知書
- ※ なお、下の確認事項に同意され、その内容を本町で確認できる場合は、3と4を省略することができます。

【 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 特定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 特定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特定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 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。
- 5 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。
- 6 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、保育園又は幼稚園の利用料、下水道料金、水道料金）の納付状況について照会すること。

北方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、特定不妊治療以外の治療によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、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。

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（主治医が記入してください。）

(ふりがな) 受診者氏名		()		()
受診者生年月日 (治療開始時年齢)	夫	年 月 日生 (歳)	妻	年 月 日生 (歳)
特定不妊治療を 必要とする理由				
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号（注参照）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。	
今回の経過 (治療方法がA・ B・Cの場合)	妊娠成立 ・ 流産 ・ 妊娠不成立			
今回の治療期間	(開始) 年 月 日 ～ (終了) 年 月 日			
領収金額	[今回の治療にかかった合計金額※保険外診療分に限る] 円 ◎入院費、管理（保存）料、文書料等、治療に直接関係のない費用は控除してください。			

注1) 助成対象となる治療は次のいずれかに該当するものです。

- 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・採精後、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、又は状態のよい卵が得られないため中止

注2) 採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。