

北方町男性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男性不妊治療費の助成を申請します。

男性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)							
男性不妊治療費助成金交付決定に当たり、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 ※助成額は1/2で1年度上限5万円。1,000円未満は切り捨てる。		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) / 2 - D	金 _____ 円	

男性不妊治療費助成は、特定不妊治療の一環として行う治療に限ります。特定不妊治療治療費助成と併せて申請をしてください。

【 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。

- 北方町男性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. 男性不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）
 - 2. 領収書等の原本
- その他、申請する際には、健康保険証をお持ちください。

【 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. 男性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. 男性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男性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。

男性不妊治療費助成事業受診等証明書

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少ないと思われるため、特定不妊治療に係る過程の一環として精巣又は精巣上体内から精子採取術（以下男性不妊治療）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)
実施医療機関の 名称及び所在地 (※1)				
今回の治療方法				
今回の治療期間 (※2)	(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] ◎入院費、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。 円			

※1) 受診証明書を作成した医療機関と実施医療機関が異なる場合に記入してください。

※2) 治療期間については、男性不妊治療を行うための事前検査等を行った日から治療終了日までを記載してください。