別記様式第1号(第５条関係)

豊頃町不妊治療費助成交付申請書

年　　月　　日

　豊頃町長　　　　様

申請者　住所

氏名

　不妊治療費の助成を受けたいので、豊頃町不妊治療費助成事業実施要綱第５条の規定により、関係書類を添えて申請します。

・町が個人情報（住民情報、町税等の納入状況）の内容を確認すること、必要に応じて他の市町村の状況を確認することについて同意します。

・本申請に係る治療に対し、他の市町村からの助成を受けていません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療を受けた夫婦の氏名 | 生年月日 | 電話番号 |
| 夫 | 　 | 　　　　年　　月　　日 | 　 |
| 妻 | 　 | 　　　年　　月　　日 | 　 |
| 交付申請額 | 一般不妊治療の自己負担額(保険適用外も含む）　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 特定不妊治療の自己負担額(保険適用外も含む）　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 交通費 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 診療を受けた医療機関名 |  |
| 添付書類 | ①豊頃町不妊治療費助成受診等証明書(別記様式第２号又は第３号様式）②助成対象治療に係る医療機関発行の領収書の写し③助成対象治療に係る薬剤明細書と領収書の写し④高額療養費等を受給（現物給付を除く。）した場合は、その給付金額がわかる書類⑤事実婚関係の場合は事実婚関係に関する申立書（別記様式第４号)  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | ゆうちょ銀行以外の銀行 | 金融機関名 | 銀行　　　　　　　本　　支店　　　　　金庫　　　　　　　本　　支店　　　　　農協　　　　　　　本所　　　　　漁協　　　　　　　本所 |
| 預金等の種類 | １普通　２当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| ゆうちょ銀行 | 通帳記号（6桁目がある場合は※覧に記入） | 通帳番号（右づめで） |
|  |  |  |  |  | ※ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義人 | 　 |

特定不妊治療に係る交通費の詳細

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受診等年月日 | 交通費申請額 |
| 特定不妊治療 | 回目 | 　　年　　　月　　　日 | 円　 |
| 回目 | 　　年　　　月　　　日 | 円　 |
| 回目 | 　　年　　　月　　　日 | 円　 |
| 回目 | 　　年　　　月　　　日 | 円　 |
| 回目 | 　　年　　　月　　　日 | 円　 |
| 回目 | 　　年　　　月　　　日 | 円　 |
| 回目 | 　　年　　　月　　　日 | 円　 |
| 回目 | 　　年　　　月　　　日 | 円　 |
| 回目 | 　　年　　　月　　　日 | 円　 |
| 回目 | 　　年　　　月　　　日 | 円　 |
| 回目 | 　　年　　　月　　　日 | 円　 |
| 回目 | 　　年　　　月　　　日 | 円　 |
| 回目 | 　　年　　　月　　　日 | 円　 |
| 回目 | 　　年　　　月　　　日 | 円　 |
| 回目 | 　　年　　　月　　　日 | 円　 |
| 回目 | 　　年　　　月　　　日 | 円　 |
| 回目 | 　　年　　　月　　　日 | 円　 |
| 回目 | 　　年　　　月　　　日 | 円　 |
| 回目 | 　　年　　　月　　　日 | 円　 |
| 回目 | 　　年　　　月　　　日 | 円　 |
| 合　　　計 | 円　 |

（参考　交通費の助成基準額単価表）

|  |  |
| --- | --- |
| 自宅から医療機関までの距離区分 | 助成単価(往復） |
| 25㎞を超えて50㎞まで | 1,430円 |
| 50㎞を超えて75㎞まで | 2,450円 |
| 75㎞を超えて100㎞まで | 3,200円 |
| 100㎞を超えて125㎞まで | 4,520円 |
| 125㎞を超えて150㎞まで | 5,150円 |
| 150㎞を超えて175㎞まで | 5,880円 |
| 175㎞を超えて200㎞まで | 6,720円 |
| 200㎞を超えて225㎞まで | 8,080円 |
| 225㎞を超えて250㎞まで | 8,820円 |
| 250㎞を超えて275㎞まで | 9,550円 |
| 275㎞を超える | 10,180円 |

別記様式第２号（第５条関係）

豊頃町一般不妊治療費助成受診等証明書

　下記の者については、次のとおり一般不妊治療(又はその調剤の処方）を実施し、これに係る医療(調剤）費自己負担額を徴収したことを証明します。

年　　月　　日

豊頃町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の名称

所在地

代表者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

医療機関記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者氏名 | 夫 |  | 妻 |  |
| 受診者生年月日 | 　　年　　月　　日（　　歳） | 　　年　　月　　日（　　歳） |
| 貴医療期間における一般不妊治療開始年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 　　　年度における治療期間 | 　年　 月　　日～　　　年　　月　　日 |
| 検査・治療内容 | 当該受診者が1年度(4月1日から翌年3月31日)に行った一般不妊治療の内容について記入してください。 |
| 院外処方 | □有　　・　　□無 |
| 自己負担額 | 自己負担額の合計（保険適用外含む）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 自己負担額の内訳 | 診療年月 | 保険診療の自己負担額 | 高額療養費の適用 | 院外処方の自己負担額 | 保険適用外の治療 |
| 年4月 | 円 | 区分(　　）□未確認 | 円 | 円 |
| 年5月 | 円 | 区分(　　）□未確認 | 円 | 円 |
| 年6月 | 円 | 区分(　　）□未確認 | 円 | 円 |
| 年7月 | 円 | 区分(　　）□未確認 | 円 | 円 |
| 年8月 | 円 | 区分(　　）□未確認 | 円 | 円 |
| 年9月 | 円 | 区分(　　）□未確認 | 円 | 円 |
| 年10月 | 円 | 区分(　　）□未確認 | 円 | 円 |
| 年11月 | 円 | 区分(　　）□未確認 | 円 | 円 |
| 年12月 | 円 | 区分(　　）□未確認 | 円 | 円 |
| 年1月 | 円 | 区分(　　）□未確認 | 円 | 円 |
| 年2月 | 円 | 区分(　　）□未確認 | 円 | 円 |
| 年3月 | 円 | 区分(　　）□未確認 | 円 | 円 |

(記載上の注意）

１　当該受診者に関して行った一般不妊治療に係るものをご記入ください。

２　文書料や個室料、食事療養費標準負担額等、治療に直接関係ない費用は含まないでください。

３　□は該当項目をチェックしてください。

４　院外処方が「有」の場合は、薬局の領収書から院外処方の自己負担額をご記入ください。

５　高額療養費に係る限度額の確認が取れている場合、適用区分を記入してください。

別記様式第３号(第５条関係)

豊頃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、次のとおり特定不妊治療(又はその調剤の処方）を実施し、これに係る医療(調剤）費自己負担額を徴収したことを証明します。

年　　月　　日

豊頃町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の名称

所在地

代表者氏名　　　　　　　　　　 　㊞

医療機関記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者氏名 | 夫 |  | 妻 |  |
| 受診者生年月日 | 　　年　 月　　日（　　歳） | 　　年　　月　　日（　　歳） |
| 貴医療機関における治療開始年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 今回の治療期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| 今回の治療内容 | 生殖補助医療Ａ　Ｂ　Ｃ　Ｄ　Ｅ　Ｆ該当する記号（注意事項1参照）に〇を付けてください | ＡまたはＢの場合１．体外受精　２．顕微授精該当する記号に〇を付けてください |
| 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 |
| 医師が必要として実施した先進医療等（該当する記号に〇を付けてください）・PICSI　・タイムラプス　・子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE) ・IMSI　・子宮内膜スクラッチ・子宮内フローラ検査　・子宮内膜受容能検査（ERA）・子宮内膜胚受容期検査（ERPeak) ・二段階胚移植法・SEET法 ・その他（名称：　　　　　　　 　　　　　 　　） |
| 確認事項 | 院外処方の有無　　　　　　□有　　・　　□無 |
| 自己負担額（一治療分） | 生殖補助医療(保険適用分） | 円 |
| 生殖補助医療(保険適用外） | 円 |
|  | 上記のうち先進不妊治療の費用(国から承認を受けているもの） | 円 |
| 男性不妊治療 | 円 |
| 自己負担額の内訳 | 特定不妊治療費（男性不妊治療費除く) | 診療年月 | 保険診療の自己負担額 | 高額療養費の適用 | 院外処方の自己負担 | 保険適用外の治療 |
| 年　　月 | 円 | 区分(　　)　□未確認 | 円 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 区分(　　)　□未確認 | 円 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 区分(　　)　□未確認 | 円 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 区分(　　)　□未確認 | 円 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 区分(　　)　□未確認 | 円 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 区分(　　)　□未確認 | 円 | 円 |
| 年　　月 | 円 | 区分(　　)　□未確認 | 円 | 円 |
| 男性不妊治療費 | 年　　月 | 円 | 区分(　　)　□未確認 | 円 | 円 |

注1　治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から特定不妊治療終了日までを記載してください。

２　□は、該当項目をチェックしてください。

３　院外処方が「有」の場合は、薬局の領収書から院外処方の自己負担額をご記入ください。

４　文書料や個室料、食事療養標準負担額等、治療に直接関係ない費用は含まないでください。

５　高額療養費に係る限度額の確認が取れている場合、適用区分を記入してください。

注意事項１　補助対象となるのは次のいずれ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

　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目途が立たず治療終了

　Ｅ　授精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止

　Ｆ　採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止

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。

別記様式第４号(第５条関係)

事実婚関係に関する申立書

豊頃町長　　　　　様

年　　月　　日

　下記の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認知します。

１豊頃町不妊治療費助成金申請者の住所・氏名（本人の自署）

　住所

　氏名

２豊頃町不妊治療費助成金申請者の住所・氏名(本人の自署）

住所

　氏名

　別世帯となっている理由(上記①と②が別世帯となっている場合に記入）

別記様式第5号 (第6条関係)

豊頃町不妊治療費助成交付決定通知書

豊　　　　　第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　様

豊頃町長

　　　　　年　　月　　日付けで申請を受けた不妊治療費の助成について、次のとおり決定したので、豊頃町不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定により通知します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成対象者 | 夫 | 　 |
| 妻 | 　 |
| 助成交付決定額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円備考：（申請金額に修正がある場合は理由を記載する） |

別記様式第6号 (第6条関係)

豊頃町不妊治療費助成不交付決定通知書

豊　　　　　第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　豊頃町長

　　　　　年　　月　　日付けで申請のあった不妊治療費の助成について、次のとおり不交付としたので通知します。

記

1　不交付の理由