

第1号様式（第6条関係）

阿武町不育治療費助成事業申請書

関係書類を添えて下記のとおり不育治療費の助成を申請します。

	(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日																					
夫	()		昭和・平成 年 月 日(歳)																					
妻	()		昭和・平成 年 月 日(歳)																					
住 所	〒 電話 ()																							
住 所 (夫婦の住所が異なる場合)	住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合 〒 電話 ()																							
加入医療保険 (夫)	【種別】 国保・健保・船員・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】 本人・被扶養者																							
加入医療保険 (妻)	【種別】 国保・健保・船員・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】 本人・被扶養者																							
過去に山口県内の他の市町から不育症治療費の助成を受けたことがありますか。 ☐ 不育症治療費の助成を受けたことがない。 ☐ 不育症治療費の助成を受けたことがある。																								
<table><tr><td>助成を受けた自治体</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>助成を受けた時期</td><td>年 月</td><td>年 月</td><td>年 月</td><td>年 月</td><td>年 月</td></tr><tr><td>助成金額 (円)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							助成を受けた自治体						助成を受けた時期	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	助成金額 (円)					
助成を受けた自治体																								
助成を受けた時期	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月																			
助成金額 (円)																								
関係書類を添えて、不育症治療費の助成を申請します。 また、過去の不育症治療費に係る助成の受給状況について、阿武町が必要に応じて他の自治体へ照会すること並びに阿武町における交付決定情報を必要に応じて他の自治体へ提供することに同意します。 なお、本申請書の記載事項の相違ありません。																								
申請者氏名 _____ (夫及び妻が自署)																								
申請金額 金 _____ 円																								
令和 年 月 日																								
阿武町長 様																								
振 込 先	金融機関名	銀 行 本店 金 庫 支店 (支所) 農 協 出張所																						
	預金の種類	普通・当座	(ふりがな) 口座名義人																					
	口 座 番 号					(右詰記入)																		
申請受理年月日				(承認・不承認) 決 定 年 月 日																				
受給者番号																								

注 太枠の中をご記入ください。

添付添書 1 不育治療費助成事業医療機関等証明書（領収書添付）
注）保険薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明書と合わせて申請書を提出してください。

2 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類（1ヶ月以内に発行されたもの）

3 児童手当法施行令による控除が確認できる所得証明書

4 住民票など住所を確認できるもの

阿武町不育症治療費助成事業医療機関等証明書

令和 年 月 日

阿武町長 様

(医療機関)

住所

名称

醫師名

電話番号

下記のとおり、不育症治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名	()	男 女	生年月日	年	月	日
令和 年度における診療期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで ※申請年度の4月1日から当該年度の3月末までを対象とします					
検査・治療内容	該当する項目に☑をしてください。 ☐止血・補体検査☐内分泌検査☐染色体検査 ☐自己抗体検査☐子宮卵管造影☐抗血小板療法 ☐抗凝固療法☐ホルモン療法☐免疫抑制療法 ☐投薬 () ☐手術 () ☐その他の検査 () ☐その他 ()					
今回の領収金額（注1）	円					
特記事項（注2）						

(注1) 領収金額は、医療保険外の不育症治療に関する治療費及び検査料をいいます。入院時の差額ベッド代、食事代など直接治療に関係しないものについては含まれません。

(注2) 処方せんを交付された場合は、処方せん交付日、薬剤名、投薬日数を特記事項欄に明記してください。特記事項欄の記入に代えて、処方せんの写しを添付していただいても構いません。

阿武町不育症治療費調剤証明書

令和 年 月 日

阿武町長 様

(藥局)

住所

名称

薬剤師名

電話番号

印

下記のとおり、処方せんに基づいて調剤した薬剤を交付し、これに係る医療費を領収したことを証明します。

記

(ふりがな) 患者氏名	() 男 ・ 女	
患者生年月日	年 月 日	
処方せん 交付医療機関	医療機関名	
	所 在 地	
	医 師 名	
	交付年月日	
調剤内容	調剤年月日	
	薬 剤 名	
	投 薬 日 数	
	領 収 金 額	円

注) 処方せん交付医療機関及び調剤内容欄の記入に代え、調剤済印を押印した処方せんの写しを添付すること可とします。ただし、処方せんの写しに記載されていない項目は必ず記載してください。領収金額は、医療保険適の有無にかかわらず、不育症治療に関する治療費としてください。

第 号
令和 年 月 日

様

阿武町長

不育治療費助成事業承認決定通知書

令和 年 月 日付けで申請のあった不育症治療費の助成について、承認することとし、下記金額を助成することを決定したので通知します。

助成することとした金額 金 円

第 号
令和 年 月 日

様

阿武町長

不育治療費助成事業不承認決定通知書

令和 年 月 日付けで申請のあった不育治療費の助成について、不承認とした
ので通知します。

不承認とした理由

のため

第 6 号様式

不育治療費助成事業台帳

受給者番号								
-------	--	--	--	--	--	--	--	--

		生 年 月 日
申請者氏名	(夫)	昭和・平成 年 月 日(
	(妻)	昭和・平成 年 月 日(
住所 (※ 1)	郵便番号 電話 ()	
住所 (※ 2)	郵便番号 電話 ()	
備 考		

申請受理年月日	申請額	(承認・不承認) 決定年月日	助成額	医療機関	治療期間
					開始
					終了
		(承認・不承認)			
		(承認・不承認)			
		(承認・不承認)			
		(承認・不承認)			
		(承認・不承認)			
		(承認・不承認)			

※ 1：夫婦の住所を記入する。
※ 2：夫婦の住所が異なる場合に記入する。
住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫又は妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。