

一般不妊治療費助成事業申請書

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。

記

	(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 (※1)	〒 電話 ()																							
住 所 (※2)	〒 電話 ()																							
申請者氏名 _____ (夫及び妻が自署) 申 請 金 額 金 _____ 円 医療保険各法の規定による医療に関する 給付額 _____ 円 令和 年 月 日 阿武町長 花田 憲彦 様																								
過去に山口県内の他の市町から一般不妊治療費の助成を受けたことがありますか。 ☐ 一般不妊治療費の助成を受けたことがない ☐ 一般不妊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)																								
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																						
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。
※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、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。
(添付書類) 1 一般不妊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

以前の受給暦について以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する 説明書

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、1 夫婦あたりの助成限度が定められています。

山口県内の他の自治体から転入された方は、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確認することがありますので御承知ください。

なお、情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書

令和 年 月 日

阿武町長 花田 憲彦 様

(産婦人科又は泌尿器科を標榜する医療機関)

住 所

名 称

代 表 者



電話番号

下記のとおり、不妊治療を実施し、保険診療に係る被保険者負担額を領収したことを証明します。

記

(ふりがな) 受診者氏名	()	男 女	生年月日 年 月 日
病 名 (不妊症の原因疾患名)			貴医療機関における不妊治療開始年月日 年 月 日
治療の医学的必要性(注1)	有 ・ 無		
令和 年度における診療期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
保険診療に要した総点数(注2)	点		
保険診療費被保険者負担(領収)額	円		
保険診療に係る 検査・不妊治療 の内容	☐不妊症スクリーニング検査 ☐精液検査 ☐精巣生検 ☐タイミング療法(不妊相談) ☐内視鏡手術 ☐排卵誘発法(内服・注射) ☐精管吻合術 ☐精索静脈瘤手術 ☐精巣精管吻合術 ☐投薬 ☐その他の検査 ☐その他の手術 ☐その他 }		
特 記 事 項 (注3)			

注1 貴医療機関において一般不妊治療を行った期間が2年を超える場合及び他の医療機関において一般不妊治療を行った期間を含め治療期間が2年を超える場合に記入してください。

注2 保険診療に要した総点数は、本人負担分の点数を記入してください。

注3 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、処方せんの写しを添付することも可)

一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書

令和 年 月 日

阿武町長 花田 憲彦 様

(薬局)

住 所

名 称

薬剤師名



電話番号

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被保険者負担額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も可とする。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すること