

★ 注意

一般不妊治療費補助金交付申請書

※ 申請者と様式第4の請求者・口座名義人の3か所は、同一人で記入してください。

※ 電話番号は日中つながりやすい番号(携帯電話等)を記入してください。

受付番号 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

稲沢市長 殿

ここだけ記載してください

申請者 住所 稲沢市稲沢町前田 365 番地 16  
氏名 稲沢 太郎  
(口座名義人と同一)  
電話番号 090 (▲▲▲▲) ●●●●

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費補助金の交付を申請します。

		記	
		(ふりがな) 氏名	生年月日(和暦)
対 象 者	夫	(いぬざわ たろう 稲沢 太郎)	昭和●●年 ● 月 ● 日生 (● 歳)
	妻	(いぬざわ はなこ 稲沢 花子)	平成▲▲年 ▲ 月 ▲ 日生 (▲ 歳)
	住所(※1)	〒 492 - 8217 稲沢市稲沢町前田 365 番地 16 電話 090 (▲▲▲▲) ●●●●	
	住所(※2)	〒 - ※夫婦で住所が違う場合のみ記入 電話 ( )	
加入医療保険(夫)	【種別】市町村国保・組合国保・健保・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】市町村国保・組合国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者		
申請額	金 円	(本人負担額の 1/2 で、2年間で 上限 50 万円)	
過去にこの補助金を受けたことがありますか。 ない ・ <b>ある</b> 前回 ( ) 年 ( ) 月頃 補助金額 ( ) 円 ( ) 年 ( ) 月頃 補助金額 ( ) 円 補助金を受けた自治体は (稲沢市 ・ その他( ))			
当該医療費に対する他の法令等による給付を受けた金額(※3)			▲ (特になければ 0) 円

※1：夫婦の住所を記入する。

※2：単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入する。

※3：高額療養費等の当該医療費に対する他の法令等による給付を受けた場合、金額が確認できるものをお持ちください。

(添付書類) 1 一般不妊治療費補助事業受診等証明書、領収書および明細書

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(事実婚の場合は、別の書類が必要です。詳細は、稲沢市一般不妊治療費補助制度のご案内をご覧ください。)

3 夫及び妻の住所地を証明する書類

※添付書類2、3について本市で証明できる場合は、同意書により省略することができます。

◎ 申請の際に、夫、妻の健康保険証および振込先が確認できる通帳等をお持ちください。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

補助期間・金額は記載しない

一般不妊治療費補助金事業に関する同意書

ここだけ記載してください。

年 月 日

稲沢市長 殿

対象者  
住所 稲沢市稲沢町前田 365 番地 16  
本籍地 稲沢市稲沢町前田 365 番地 16  
※番地まで詳細にご記入ください  
夫氏名 稲沢 太郎  
妻氏名 稲沢 花子

私たちは、稲沢市一般不妊治療費補助金に係る下記の事項について同意します。

記

補助金交付の審査のために必要な次の事項の閲覧及び取得することに関する説明書

補助金を交付するのに必要な要件を確認するため、次の事項について閲覧及び取得します。  
なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

- 1 住民基本台帳…(本市に住所を有することを確認します。)
- 2 戸籍…(法律上の御夫婦であることを確認します。)

以前の受給歴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

この補助金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1夫婦当たりの支給額の上限が定められています。

県内の他市町村から転入された方は、以前にお住まいの自治体へ、この補助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、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

高額療養費支給に関する説明書

医療費の自己負担額が高額となった場合、一定の金額(自己負担限度額)を超えた部分が払い戻される高額療養費制度があります。

この高額療養費の支給を受けたかどうかの確認を、加入されている健康保険組合等の保険者へ確認することがあります。また、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、補助金の返還を求めることがありますので御承知ください。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

# これは見本です。何も書かないでください。

## (様式第2)は医療機関が記載します。

### <医療機関の方へ>

- 別紙の様式第2の該当箇所をすべて記載し、受診者に渡してください。
- 申請には、保険診療だけではなく、保険診療以外の本人負担額、薬局徴収分についても、領収書及び**明細書**が必要となりますので、発行をお願いいたします。(発行に費用が発生する場合は、受診者負担となります。)

### <受診者の方へ>

- 医療機関に上記の<医療機関の方へ>を見せ、別紙の様式第2を記載してもらい、受け取ってください。
- お手元にある領収書及び、明細書の一般不妊治療補助制度対象金額と、様式第2の記載金額がすべて合致していることを確認して、申請してください。

見本	様式第2 (第6条関係)						
	一般不妊治療費補助事業受診等証明書						
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)を実施し、これに係る医療(調剤)費(本人負担額)を徴収したことを証明します。							
令和 年 月 日							
医療機関の名称及び所在地 主治医氏名							
医療機関記入欄(主治医が記入ください)							
(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)						
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 ~ 年 月 日						
○当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入して下さい。 <input type="checkbox"/> 人工授精( 回) <input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 手術療法(手術方法) <input type="checkbox"/> その他( )							
・院外処方の有無( <input type="checkbox"/> 有り・ <input type="checkbox"/> 無し )							
本人負担額の 内訳	区分	医療機関徴収分		薬局徴収分			
		保険診療分	保険診療以外の本人負担額	本人負担額			
		医療費総額	① 本人負担額	② 人工授精 ※注5	③ ②以外の 不妊治療	④ 人工授精 ※注5	⑤ ④以外の 不妊治療
	年3月分	円	円	円	円	円	円
	年4月分	円	円	円	円	円	円
	年5月分	円	円	円	円	円	円
	年6月分	円	円	円	円	円	円
	年7月分	円	円	円	円	円	円
	年8月分	円	円	円	円	円	円
	年9月分	円	円	円	円	円	円
	年10月分	円	円	円	円	円	円
	年11月分	円	円	円	円	円	円
	年12月分	円	円	円	円	円	円
年1月分	円	円	円	円	円	円	
年2月分	円	円	円	円	円	円	
計	円	円	円	円	円	円	
〔今回の治療にかかった金額合計〕		領収金額 円(上記本人負担額①~⑤の合計額となります。)					

注1 当該患者に関して行った一般不妊治療(体外受精及び顕微授精を除く。)に係るもののみ記入ください。  
注2 □は該当項目をチェックしてください。  
注3 院外処方の有無が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。  
注4 本資料、食事療養指導費負担、創薬料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。  
注5 事前検査として実施する精子の細菌培養検査費用及びHIVなどの感染症検査費用、精子の事前採取から人工授精当日までの凍存保存料(共の場合により人工授精当日に来院できない場合に限り)、振替・精子の凍結・精子の洗浄等に要する費用、排卵誘発のためのHCG注射、精子を子宮内に注入するために要する費用、人工授精後の感染予防のために服用する抗生剤等を対象とします。

一般不妊治療費補助金交付請求書

令和 年 月 日

ここだけ記載してください。

稲沢市長

殿

請求者 住 所 稲沢市稲沢町前田 365 番地 16

氏 名 稲沢 太郎

一般不妊治療費補助金を次のとおり請求します。

請 求 金 額	円		
交 付 決 定 年 月 日	年 月 日	稲健指令第	号
交 付 決 定 額	請求者と口座名義人は同一人で記載してください。		
振 込 先	金融機関名	●● 銀行 稲沢支 店 農 協 信用金庫	
	口 座 種 類	普通 当座	口 座 番 号 ▲▲▲▲▲▲
	ふ り が な	いなざわ たろう	
	口 座 名 義 人	稲沢 太郎	