

★ 注意

稲沢市不妊治療費補助金事業交付申請書

※ 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

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 (●●●●) ▲▲▲▲

(日中つながる電話番号)

関係書類を添えて下記のとおり稲沢市不妊治療費補助金の交付を申請します。

記

対 象		(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
	夫	(いなざわ たろう 稲沢 太郎)	昭和 平成 ●●年 ▲月 ▲日生 (●●歳)
	妻	(いなざわ はなこ 稲沢 花子)	昭和 平成 ▲▲年 ●月 ▲日生 (▲▲歳)
	住所 (※1)	〒 492- 8217 稲沢市稲沢町前田 365 番地 16	
	住所 (※2)	〒 - ※夫婦で住所が違う場合のみ記入	
者	加入医療保険 (夫)	【保険者番号】 () 【保険者名称】 ()	【区分】 本人・被扶養者
	加入医療保険 (妻)	【保険者番号】 () 【保険者名称】 ()	【区分】 本人・被扶養者
	治療途中に、加入する保険組合の変更はありましたか。 はい ・ いいえ ※はいの場合、変更前の被保険者等の記号及び番号が確認できるものが必要。		
	限度額認定証の利用	利用した ・ 利用していない ・ マイナ保険証を利用した	
	申請理由	☒ 母子健康手帳の交付を受けた(予定含む) ☐ 2月末までの治療が終了した ☐ 治療の終了・中断 ☐ 転出 ☐ その他()	
	申請額	金 円	本人負担額の全額(上限 25 万円)

※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。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

稲沢市不妊治療費補助金事業に関する同意書

枠内に記載してください。

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
氏 名(夫) 稲沢 太郎
氏 名(妻) 稲沢 花子

私たちは、稲沢市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を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 治療内容等…(医療機関に照会する場合があります。)
- 3 高額療養費、付加給付金等の支給状況等…(保険者に照会する場合があります。)

受給状況についてお住まいの自治体に確認を行うことに関する説明書

ご夫婦のどちらかが他市町村に住民票がある方は、お住まいの自治体へ、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。

<高額療養費・付加給付金について>

支給があった場合:○ 申請中(支給予定)の場合:△ をご記入ください。 ※支給等がなければ空欄

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
高額療養費					○							
付加給付金					○	○						

■上記、助成期間内の診療月において、ご自身または、同じ保険組合に加入されているご家族で、不妊治療以外の診療で2万1千円以上の自己負担はしましたか？

① (はい ・ いいえ) → ①がはいの場合

※世帯合算等にて、高額療養費に該当する可能性があります。

氏名: (続柄:)

氏名: (続柄:)

- ・不明な場合は、加入している保険組合等にご確認ください。
- ・不妊治療診療月に、「高額療養費」・「付加給付金」が支給されている場合、「支給決定通知書」(保険組合等が発行する証明書)の提出(コピー可)が必要です。
- ・「高額療養費」・「付加給付金」の支給待ちの場合は、支給後、「支給決定通知書」(保険組合等が発行する証明書)を本市へ提出した後に、補助金の支払いとなります。
- ・申請時以降に、高額療養費等の支給が確認できた場合、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。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

様式第2の2は医療機関へ記載を依頼してください。この記載例を医療機関へ提示してください。

<医療機関の方へ>

- この様式の対象は、年齢や回数を理由に生殖補助医療が保険適用外になった方（43歳以上）です。
- 対象の治療は、一般不妊治療の保険適用分、生殖補助医療の保険適用分および42歳以下での保険適用分に相当する生殖補助医療（体外受精、顕微授精など）の自費診療分です。
- 保険適用分に相当する生殖補助医療の自費診療分は、4月1日以降の治療が対象です。（令和7年度に限る）
- 別紙の様式第2の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、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の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、明細書の不妊治療補助制度対象金額と、様式第2の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。合致しない場合、申請できない場合があります。

見本

様式第2の2（第7条関係）

稲沢市不妊治療費補助金事業受診等証明書（43歳以上）

下記の者については、次のとおり不妊治療（又はその調製）を実施し、これに係る医療（調製）費（本人負担額）を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

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	（ ） 年 月 日（ 歳）		妻	（ ） 年 月 日（ 歳）	
受診者生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）			
当医療機関における治療開始年月日		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ください。 ☐ 人工授精（ 回） ☐ 体外受精 ※胚移植の回数（ 回） ☐ 顕微授精 ※胚移植の回数（ 回） ☐ 手術療法（手術方法 ☐ その他（							
・院外処方の有無（ ☐ 有り・ ☐ 無し）							
自己負担額の 内訳	区 分	医療機関徴収分			薬局徴収分		
		保険診療分		保険診療以外の診療分	保険診療分		保険診療以外の診療分
		医療点数	①自己負担額	②自己負担額	医療点数	①自己負担額	②自己負担額
	年3月分	点	円	円	点	円	円
	年4月分	点	円	円	点	円	円
	年5月分	点	円	円	点	円	円
	年6月分	点	円	円	点	円	円
	年7月分	点	円	円	点	円	円
	年8月分	点	円	円	点	円	円
	年9月分	点	円	円	点	円	円
	年10月分	点	円	円	点	円	円
	年11月分	点	円	円	点	円	円
	年12月分	点	円	円	点	円	円
	年1月分	点	円	円	点	円	円
年2月分	点	円	円	点	円	円	
計	点	円	円	点	円	円	
（今回の治療にかかった金額）							
保険診療分				円（上記自己負担額①②の合計額となります。）			
自己負担診療分				円（上記自己負担額②③の合計額となります。）			

注1 当該患者に関して行った不妊治療に係るもののみご記入ください。

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、「薬局徴収分」の「自己負担額」の欄へ薬局の領収書から自己負担額を記載してください。

注4 大審科、食事療養費標準負担額、創傷科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 ②③の対象は、43歳以上で年齢を理由に自己負担となった不妊治療（42歳以下で保険診療の内容）とします。

備考 用紙の大きさは、日本産科検定A4とする。

稲沢市不妊治療費補助金交付請求書

ここだけ記載してください。

令和 年 月 日

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

稲沢市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	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	

※訂正するときは、訂正箇所と請求者氏名の右側に訂正印が必要です。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A 4 とする。