

特定不妊治療費補助金交付申請書

令和 年 月 日

(あて名) 掛川市長

住 所
申請者
氏 名

印

特定不妊治療費補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。
なお、補助金の交付決定のため、夫又は妻の住所地について、市長が確認することに同意します。

夫	(ふりがな)	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
妻	(ふりがな)	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	〒 電話	
(夫と妻の住所が異なる場合は、本欄にも記入)	〒 電話	
指 定 医 療 機 関 名		
他の地方公共団体による補助の有無	<input type="checkbox"/> あり (補助制度の名称:) <input type="checkbox"/> なし	
過去に受けた本市の補助の有無	<input type="checkbox"/> あり () 年度 <input type="checkbox"/> なし	

(添付書類)

- 1 特定不妊治療受診等証明書 (様式第2号)
- 2 夫及び妻の戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書 (外国人にあつては、公の機関が発行した書類 (法律上の婚姻をしていることが確認できるものに限る。))
- 3 特定不妊治療を受けた指定医療機関発行の領収書
- 4 他の地方公共団体による補助金の額を証明する書面

(市記入欄)

受給者番号		当年度補助回数	回	通 算	年目
-------	--	---------	---	-----	----

様式第2号

特定不妊治療受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療以外の治療方法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

所在地

指定医療機関 名称

主治医

㊞

指定医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

受診者	夫	(ふりがな)	
		氏名	
		生年月日	年 月 日 (歳)
	妻	(ふりがな)	
		氏名	
		生年月日	年 月 日 (歳)
今回の治療方法		A B C D E F G (A又はBの場合) 1 体外受精 2 顕微授精	
今回の治療経過			
今回の治療期間		年 月 日から 年 月 日まで	
日本産婦人科学会UMIN個別調査票登録の有無		<input type="checkbox"/> あり (症例登録番号:) <input type="checkbox"/> なし	
領収金額 (保険外診療に限る。)		円 (内 男性不妊治療費領収金額 円)	

(注)

- 今回の治療方法欄は、該当する記号又は番号に○を付けてください。ただし、採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は、助成対象となりません。
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（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3周期の間隔を空けた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合）
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見通しが立たず治療終了
E：受精できず、又は胚の分割停止、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、又は状態のよい卵が得られないため中止
G：採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため中止
- 今回の治療経過欄は、採卵、受精、胚移植、妊娠判定等の日程・経過を記入してください。
- 治療期間については、排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入してください。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入してください。
- 症例登録番号欄は、日本産科婦人科学会UMIN個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。
- 主治医の治療方針に基づき主治医の属する医療機関以外の他の医療機関（指定医療機関以外の医療機関を含む。）で男性不妊治療を行った場合は、主治医が受診者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記入してください。

様式第3号

請 求 書

金 円

ただし、令和 年 月 日付け掛健医第 号により補助金の交付の確定を受けた特定不妊治療費補助金として、上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

(あて先) 掛川市長

住所

請求者 氏名

印

電話番号

口座振替先金融機関名

支店名

口座種別

口座番号

(フリガナ)
口座名義人