

一般不妊治療費等補助金交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 掛川市長

住 所
申請者
氏 名

一般不妊治療費等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、戸籍、前年（1月から5月の申請にあっては、前々年）所得及び過去に受けた一般不妊治療費等補助金の交付状況について、市長が確認することに同意します。

夫	(ふりがな)			生年月日(年齢)		
	氏名			年 月 日(歳)		
妻	(ふりがな)			生年月日(年齢)		
	氏名			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				
加入医療保険の状況	夫	種別	<input type="checkbox"/> 市国保 <input type="checkbox"/> 組回国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他			
		保険者名			保険者番号	
		記号番号			区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者
	妻	種別	<input type="checkbox"/> 市国保 <input type="checkbox"/> 組回国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他			
		保険者名			保険者番号	
		記号番号			区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者
一般不妊治療等に要した経費の額			円	①		
保険適用となる治療に要した経費の額			円	②		
申 請 額			円	①-②		
過去に受けた本市又は県内他市町による一般不妊治療費等補助金の交付状況			<input type="checkbox"/> 有り () <input type="checkbox"/> 無し			

(添付書類)

- 1 一般不妊治療等受診等証明書(様式第2号)
- 2 一般不妊治療等を受けた医療機関発行の領収書
- 3 夫及び妻の前年(申請日が1月から5月までの間にある場合にあつては、前々年)の所得額及び所得控除額が確認できる書類
- 4 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夫婦であることを証明する書類)

(市記入欄)

受給者番号		交付済額	円
-------	--	------	---

様式第2号（その2）

（表面）

一般不妊治療等受診等証明書（不育症治療）

下記の者については、不育症治療を実施し、これに係る医療費（保険適用外分）を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

所在地
医療機関 名称
主治医

㊞

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
	妻	(ふりがな)			
		氏名			
		生年月日	年	月	日
治療開始年月日	年 月 日				
今回の治療期間	年 月 日から 年 月 日まで				
本人負担額の 内訳	区分	検査又は治療の内容	実費（保険適用外診療に限る。）負担額		
			医療機関領収分 ①	薬局領収分 ②	
	年 月分		円	円	
	年 月分		円	円	
	年 月分		円	円	
	年 月分		円	円	
	年 月分		円	円	
	年 月分		円	円	
	年 月分		円	円	
	年 月分		円	円	
	年 月分		円	円	
	年 月分		円	円	
領収金額	円 ①+②				

(注)

- 1 当該患者に関して行った保険適用外の不育症治療に係る領収金額のみご記入ください。
- 2 本人負担額の内訳欄の薬局領収分には、治療に当たって院外処方を行った場合に限り、薬局発行の領収書から本人負担額を転記してください。
- 3 検査又は治療の内容の欄には、裏面に掲げる検査又は治療のうちから該当するものを記入してください。（複数選択可）
- 4 文書料（この証明書に係るものを含む）、個室料等の検査又は治療に直接関係のない費用は、含まないでください。

(裏面)

1 検査

(1) 不育症リスク因子の検査（次の表に定める検査内容及び検査項目に該当するものに限る。）

検査内容		検査項目
一次スクリーニング	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピン β_2 グロコプロテインI (CL β_2 GPI) 複合体抗体
		抗カルジオリピン (CL) IgG抗体
		抗カルジオリピン (CL) IgM抗体
		ループスアンチコアグラント
	夫婦染色体検査	
選択的検査	抗リン脂質抗体	抗PEIgG抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
		抗PEIgM抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
	血栓性素因スクリーニング (凝固因子検査)	第XII因子活性
		プロテインS活性若しくはプロテインS抗原
		プロテインC活性若しくはプロテインC抗原
		APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)

(2) 絨毛染色体検査

2 治療

(1) 低用量アスピリン療法

(2) ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射療法を含む。)

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一般不妊治療費等補助金として、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
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