

様式第1号(第6条関係)

上牧町一般不妊治療・不育治療費助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

上牧町長様

申請者

住所

氏名

電話番号

印

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療・不育治療費の助成を申請します。

対象者		(フリガナ) 氏名	生年月日	
	夫		年月日(歳)	
	妻		年月日(歳)	
	連絡先(1)	〒	電話( )	
	連絡先(2)	〒	電話( )	
	加入医療保険(夫)	<種別>市町村・組国保・健保・共済・その他( ) <保険名称>( )<保険者番号>( ) <被保険者番号>( ) <区分>本人・被扶養者		
	加入医療保険(妻)	<種別>市町村・組国保・健保・共済・その他( ) <保険名称>( )<保険者番号>( ) <被保険者番号>( ) <区分>本人・被扶養者		
医療機関名			住所	
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所		
	預金種別	普通・当座	口座名義人 (申請者と同じ)	(フリガナ)
	口座番号			
申請額	金	円	種類	一般不妊治療・不育治療
過去の助成実績	他市町村 有( )市町村) ・ 無			
	高額療養の支給(過去1年) 有( )月) ・ 無			

添付書類) 次の書類を添えて、町長に提出する。ただし③から⑤は様式第2号の同意書により町で確認できる場合は、省略できるものとする。

①上牧町一般不妊治療等証明書(様式第3号)・不育治療費助成事業受診等証明書(様式第4号)

②領収書

③法律上婚姻している夫婦であることを証明する書類

④住所を証明する書類

⑤夫及び妻の所得状況及び町税の納付を証明する書類

\* 申請の際に、印鑑と健康保険証をお持ちください。

令和 年 月 日

上牧町一般不妊治療・不育治療費助成金交付に関する同意書

申請者  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

上牧町一般不妊治療・不育治療費助成金交付申請に関する下記の事項について、町が関係機関等に必要事項を確認することに同意します。

記

<確認事項>

1 助成金交付の審査のための必要事項の閲覧について

- (1) 住民基本台帳又は外国人登録原票(町内に引き続き1年間住所を有することの確認のため)
- (2) 前年所得状況及び納付状況

\*1月から5月の申請にあたっては、前々年の所得状況および納付状況を確認します。

- (3) 戸籍(法律上の婚姻の届け出をしている夫婦であることの確認のため)

2 助成実績について

- (1) 前住所地の自治体へ、一般不妊治療又は不育治療に対する助成金等の受給実績についての照会を行います。
- (2) 本町により転出された場合、他の自治体から本町に一般不妊治療又は不育治療に対する助成金交付についての照会があった場合は回答します。

3 高額療養費支給等に関する確認について

- (1) 医療費の自己負担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等について、保険者へ照会します。

以上

上牧町一般不妊治療費助成事業受診等証明書

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

印

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	( )	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"/> 不妊症スクリーニング検査		<input type="checkbox"/> 精液検査				
<input type="checkbox"/> タイミング療法		<input type="checkbox"/> 精巣生検				
<input type="checkbox"/> 排卵誘発法( 回)		<input type="checkbox"/> 人工授精( 回)				
<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	本人負担合計額④	
		保険診療分	保険診療分 以外の本人負担額②	本人負担額③		
		医療費総額	本人負担額①			
	令和 年 4月分	円	円	円	円	円
	令和 年 5月分	円	円	円	円	円
	令和 年 6月分	円	円	円	円	円
	令和 年 7月分	円	円	円	円	円
	令和 年 8月分	円	円	円	円	円
	令和 年 9月分	円	円	円	円	円
	令和 年 10月分	円	円	円	円	円
	令和 年 11月分	円	円	円	円	円
	令和 年 12月分	円	円	円	円	円
	令和 年 1月分	円	円	円	円	円
令和 年 2月分	円	円	円	円	円	
令和 年 3月分	円	円	円	円	円	
[今回の治療にかかった金額合計] 領収金額 円(④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(体外受精及び顕微授精を除く。)に係るもののみご記入ください。

2  は該当項目をチェックしてください。

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。

4 文書料、食事療養費標準負担額、個室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。

上牧町不育治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり不育治療(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

印

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	( )	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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
○当該患者が、今回行った不育治療について記入して下さい。					
-----					
・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	本人負担 合計額④
		保険診療分	保険診療 以外の本人 負担額②	本人 負担額③	
		医療費総額	本人負担額①		
	令和 年 4月分	円	円	円	円
	令和 年 5月分	円	円	円	円
	令和 年 6月分	円	円	円	円
	令和 年 7月分	円	円	円	円
	令和 年 8月分	円	円	円	円
	令和 年 9月分	円	円	円	円
	令和 年 10月分	円	円	円	円
	令和 年 11月分	円	円	円	円
	令和 年 12月分	円	円	円	円
	令和 年 1月分	円	円	円	円
令和 年 2月分	円	円	円	円	
令和 年 3月分	円	円	円	円	
[今回の治療にかかった金額合計]					
領収金額		円(④の合計額となります。)			

注1 当該患者に関して行った不育治療に係るものをご記入ください。

2 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。

3 文書料、食事療養費標準負担額、個室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