

日進市一般不妊治療費助成金申請・請求書

年 月 日

日 進 市 長 あ て

申 請 者
住 所
氏 名
(口座名義人と同一)
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費の助成金を申請・請求します。
記

対 象 者		(ふりがな) 氏 名<自署又は記名押印>		生年月日			
	夫	()		昭和 平成	年	月	日生 (歳)
	妻	()		昭和 平成	年	月	日生 (歳)
	住所(※1)	〒 -		電話 ()			
	住所(※2)	〒 -		電話 ()			
	加入医療保険 (夫)	【種別】日進市国保・組回国保・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】日進市国保・組回国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者					
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	(ふりがな) 口座名義人 (申請者と同一)	()			
		当座					
口座番号							(左詰記入)
申 請 額	金 円			本人負担額の1/2で、2年度上限10万円 1,000円未満切捨て			

過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去 () 回受けた。() 年 () 月頃 助成金を受けた自治体は (市町村・その他())

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号			

注) 太枠の中をご記入ください。

※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。

(添付書類) 1. 一般不妊治療費助成事業受診等証明書、医療機関発行の領収書

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

3. 住所地を証明する書類

4. 夫及び妻の所得額を証明する書類(市町村民税課税(所得)証明書)

日進市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。

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チェックまたは記入して下さい。							
<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"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法（ 回） <input type="checkbox"/> 手術療法（手術方法 ） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 人工授精開始年月日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 人工授精実施回数（ 回）							
・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		
		保険診療分の 本人負担額 ①	保険診療以外分		保険診療分の 本人負担額 ③	保険診療以外分	
	本人負担額 ②		人工授精に かかるもの (再掲)	本人負担額 ④		人工授精に かかるもの (再掲)	
	年 3月分						
	年 4月分						
	年 5月分						
	年 6月分						
	年 7月分						
	年 8月分						
	年 9月分						
	年10月分						
	年11月分						
	年12月分						
	年 1月分						
年 2月分							
小計							
〔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①～④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 「人工授精にかかるもの(再掲)」には、事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びHIVなどの感染症検査費用、採精(事前採取も含む)費用、精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料(通常、人工授精施行当日に採取するが、夫の都合により人工授精当日に来院できない場合に限る)、精子の濃縮、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、感染予防のため、服用する抗生剤等が含まれます。
- 3 院外処方の有無が「有り」の場合、「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。