

利尻富士町不妊治療費等助成金交付申請書

年 月 日

利尻富士町長 様

(申請者) 住 所 利尻富士町
氏 名 _____ (印)
電 話 _____

関係書類を添えて、次のとおり（特定・一般）不妊治療の助成を申請します。

記

夫	ふりがな () 氏 名 S・H 年 月 日生 (歳)	妻	ふりがな () 氏 名 S・H 年 月 日生 (歳)	
他制度の適用 の有無	・北海道特定不妊治療費の助成 (ある [円] ・ ない) ・医療保険制度による助成 (ある [保険の種類] ・ ない)			
助成申請額	①不妊治療費 円、②他制度助成金決定額 円 ※ 助成申請額 (①－②) 円			
振込先	信金	本店・ 支店	口座番号	口座名義
	漁協 銀行	支店コード	普通 当座	(フリガナ;)

※添付書類 (1)利尻富士町特定不妊治療費助成事業受診証明書(別記第2号様式);〔他制度の写し可〕
(2)申請者の戸籍謄本
(3)道助成事業等の助成がある場合は、その交付決定の写し

同意欄	利尻富士町不妊治療費助成金交付申請書（本書）の審査にあたり、次のことについて確認・照会することに同意します。 1. 住民基本台帳による情報 2. 町税、町の使用料及び手数料の納付状況 3. 道助成事業等の内容確認 4. その他この事業に関する必要な帳簿及び書類等 (申請者) 氏名 _____ (印)
-----	---

<裏面>

交通機関・宿泊費内訳書

通院年月日	適 用	
年 月 日 / 年 月 日	交通機関	フェリー 往路 (~) 復路 (~)
		鉄道 往路 (~) 復路 (~)
		都市間バス 経路 (~) 経路 (~)
		航空機 往路 (~) 復路 (~)
		自家用車 往路 (~) 復路 (~)
		交通費 (往復交通費合計) 円
	宿泊費	宿泊費の有無 (有・無) 宿泊した施設名 () 宿泊をした日 (年 月 日 ~ 年 月 日) (宿泊合計) 泊 日 (宿泊費合計) 円
	年 月 日 / 年 月 日	交通機関
鉄道 往路 (~) 復路 (~)		
都市間バス 経路 (~) 経路 (~)		
航空機 往路 (~) 復路 (~)		
自家用車 往路 (~) 復路 (~)		
交通費 (往復交通費合計) 円		
宿泊費		宿泊費の有無 (有・無) 宿泊した施設名 () 宿泊をした日 (年 月 日 ~ 年 月 日) (宿泊合計) 泊 日 (宿泊費合計) 円
交通費申請額		円
宿泊費申請額	円	

注1. 交通費については、不妊治療の際に利用した交通機関（フェリー、鉄道、都市間バス、航空機、自家用車）の往復の実費交通費をご記載ください。3分の2の額を助成します。（フェリー運賃は全額）なお、自家用車の場合の助成額は、利用区間の鉄道運賃に換算し算定します。（10円未満切捨て）申請時は、交通機関の利用を証明する書類（乗船券、航空機半券、乗車券（鉄道、都市間バス）、航空券（自家用車等）、宿泊費の領収証を添付してください。

注2 宿泊費は1泊9,000円を上限にその2分の1を助成します。（10円未満切捨て）ただし1回の治療につき3泊を限度とします。申請時は宿泊施設の領収証を添付してください。

別記第2号様式（第5条関係）

利尻富士町特定不妊治療費助成事業受診証明書

年 月 日

利尻富士町長 様

（医療機関）所在地

名称及び

代表者

印

主治医氏名

次の者については、特定不妊治療以外の治療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、これにかかる医療費を記載のとおり徴収したことを証明します。

◎医療機関記入欄（主治医が記入すること）

受診者氏名及び生年月日			
夫	ふりがな（ ） 氏 名 S・H 年 月 日生（ 歳）	妻	ふりがな（ ） 氏 名 S・H 年 月 日生（ 歳）
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号（注意事項1参照）に○を付けてください		A または B の場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 該当する番号に○を付けてください
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
領 収 金 額	今回の治療にかかった合計金額（※保険外診療に限る） <u>領収金額</u> 円（指定医療機関の領収書又はその写しを添付）		

（注意事項1）補助対象となる治療は次のいずれかに相当するものです。

- 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周期程度の間隔をあ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めどが立たず治療終了
- E 受精できず、又は、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等による中止
- F 採卵した卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止

（注意事項2）採卵に至らないケース（侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません

利尻富士町一般不妊治療費助成事業受診証明書

平成 年 月 日

利尻富士町長 様

医療機関等

住所

印

電話番号

下記の者については、次のとおり人工授精を実施し、これに係る医療費（本人負担額）を領収したことを証明します。

(ふ り が な) 受 診 者 氏 名		夫	()		妻	()	
受診者生年月日			年 月 日			年 月 日	
人工授精の実施状況		人工授精開始年月日		平成 年 月 日			
		人工授精実施回数		回			
貴医療機関における治療開始年月日			平成 年 月 日				
院外処方の有無			☐ 有り ☐ なし				
本人負担額の内訳	区 分		実 費 負 担 額 (保険診療以外の本人負担額)				
			医療機関徴収分①		薬剤徴収分②		
	年 4 月分		円		円		
	年 5 月分		円		円		
	年 6 月分		円		円		
	年 7 月分		円		円		
	年 8 月分		円		円		
	年 9 月分		円		円		
	年 10 月分		円		円		
	年 11 月分		円		円		
	年 12 月分		円		円		
	年 1 月分		円		円		
	年 2 月分		円		円		
年 3 月分		円		円			
(今回の治療にかかった合計金額)							
領収金額 円 (医療機関・調剤薬局の領収証又はその写しを添付)							

- 注 1 当該患者に関して行った人工授精に係るもののみご記入ください。（裏面の費用が対象となります。）
2 院外処方の有無がある場合は、「本人負担額の内訳」欄の「薬剤徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記、又は薬局が発行する同証明書の添付が必要です。
3 文書料、個別料等の直接的な治療費でない費用は含まないでください。

<裏面>

医療機関において、不妊症と診断され医療保険が適用されない人工授精に係る医療費用

- ① 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
- ② 採精（事前採取を含む）費用
- ③ 精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料
（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）
- ④ 精子の濃縮、洗浄等に要する費用
- ⑤ 排卵誘発のための HCG 注射の費用
- ⑥ 精子を子宮内に注入するために要する費用
- ⑦ 人工授精後に感染症予防のため服用する抗生剤等の費用