

記入見本

様式第1号（第7条関係）

岬町不妊治療・不育治療費助成申請書

令和〇年 〇月 〇日

岬町長 様

申請者 住所 岬町〇〇 〇〇番地〇〇

氏名 岬 〇〇子

電話番号（〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇）

受診者との続柄

岬町不妊治療・不育治療費の助成を受けたいので必要書類を添えて申請します。

フリガナ	ミサキ 〇〇コ	生年月日	H 〇年 〇月 〇日（3〇歳）	
受診者名	岬 〇〇子			
住所	岬町〇〇 〇〇番地〇〇	連絡先	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
フリガナ	ミサキ 〇〇オ	生年月日	H 〇年 〇月 〇日（3〇歳）	
配偶者名	岬 〇〇男			
住所	岬町〇〇 〇〇番地〇〇	連絡先	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
婚姻の種別	法律婚・事実婚 ※該当するほうに〇をつけてください。			
申請理由	費用の負担が大きい		種類	不妊治療・不育治療
			助成の有無	・無 ・有 岬町 R〇年度～ () 市町 年度～ 年度
医療機関の住所	〇〇市〇〇町〇〇〇		医療機関名	〇〇クリニック
振込指定金融機関	〇〇〇〇 銀行 信用組合 農協・信用金庫		〇〇〇〇 本店 支店	
	預金種別	普通・当座	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
	フリガナ	ミサキ 〇〇コ	高額療養費	申請額
	口座名義人 (受診者と同一)	岬 〇〇子	記入不要 円	記入不要 円

【添付書類】

- ① 医療機関受診等証明書
- ② 婚姻を証明できる書類（戸籍謄本等）
事実婚の場合は、重婚でないことを確認できる書類（両人の戸籍謄本等）と両人の住民票（世帯全員）
- ③ 同意書 ④ 誓約書 ⑤ 保険証の写し ⑥ 領収書原本
- ⑦ 限度額適用認定証の写し、または、限度額適用・標準負担額減額認定証の写し（高額療養費制度利用者）

● 検査・治療を受けた日の属する年度の3月末までに申請してください。

● 高額療養費の対象となる方は、先にそちらの手続きを済ませてください。

記入見本

様式第2号（第7条関係）

岬町不妊治療・不育治療医療機関受診等証明書

令和〇年〇月〇日

岬町長様

**医療機関に作成を
依頼してください**

医療機関等所在地 大阪府〇〇市〇〇町〇〇〇

名称 〇〇クリニック

代表者氏名 〇〇 〇〇

(電話番号: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

印

治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

フリガナ 受診者名	ミサキ 〇〇コ 岬 〇〇子	生年月日	H 〇年 〇月 〇日 (3 〇歳)		
性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	貴医療機関における不妊症・不育症の治療等開始年月日	R 〇年 〇月 〇日～		
R 〇年度における診療機関		R 〇年 〇月 〇日～ R 〇年 〇月 〇日			
本人負担額の内訳	区分	保険診療分		保険診療以外の診療分本人負担金	
		診療点数	本人負担金額	不妊・不育治療に該当する費用	不妊・不育治療に非該当の費用
	R 〇年 4月分	〇〇点	〇〇〇〇円	〇〇〇〇円	円
	5月分	〇〇点	〇〇〇〇円	〇〇〇〇円	〇〇〇〇円
	6月分	〇〇点	〇〇〇〇円	〇〇〇〇円	円
	7月分	〇〇点	〇〇〇〇円	〇〇〇〇円	円
	8月分	〇〇点	〇〇〇〇円	〇〇〇〇円	円
	9月分	〇〇点	〇〇〇〇円	〇〇〇〇円	円
	10月分	〇〇点	〇〇〇〇円	〇〇〇〇円	円
	11月分	〇〇点	〇〇〇〇円	〇〇〇〇円	円
	12月分	〇〇点	〇〇〇〇円	〇〇〇〇円	〇〇〇〇円
	R 〇年 1月分	〇〇点	〇〇〇〇円	〇〇〇〇円	円
	2月分	〇〇点	〇〇〇〇円	〇〇〇〇円	円
	3月分	〇〇点	〇〇〇〇円	〇〇〇〇円	円
合計	〇〇〇点	〇〇〇〇〇円	〇〇〇〇〇円	〇〇〇〇円	
治療・検査の内容	不妊症	<input type="checkbox"/> 検査名: 〇〇〇〇検査 <input type="checkbox"/> タイミング治療(不妊相談) <input checked="" type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input checked="" type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 手術療法(方法:) <input type="checkbox"/> その他()			
	不育症	<input type="checkbox"/> 検査名: <input type="checkbox"/> 薬物療法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 手術療法(方法:) <input type="checkbox"/> その他()			
	院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			

- 不妊症、不育症に関する検査及び治療費用についてのみご記入ください。
(*入院費、食事代等の治療に直接関係ない費用は含みません。)
- 女性は、治療開始日に43歳未満の方が検査・治療に係る費用の助成を受ける対象となります。
- 院外処方の有無が「有」の場合は院外処方に要した費用も対象となります。その場合、薬局が発行する証明書の添付が必要です。

同意書

岬町不妊治療・不育治療助成金の交付を申請するにあたり、岬町不妊治療・不育治療助成事業実施要綱第4条に定める助成対象者の資格要件を確認するため、世帯全員の住民基本台帳及び納税状況など必要な確認を町職員が行うことに同意します。

令和〇年 〇月 〇日

申請者 住 所 岬町〇〇 〇〇番地〇〇
氏 名 岬 〇〇子
生年月日 H 〇年〇月〇日

※提出いただいた個人情報は、厳重に管理し、本事業以外の目的に使用しません。

※以下の記入は不要です。

住民基本台帳の世帯の確認欄		町税の滞納の有無確認欄	
有 ・ 無	(担当確認印)	有 ・ 無	(担当確認印)
国民健康保険料の滞納の有無確認欄		介護保険料の滞納の有無確認欄	
有 ・ 無	(担当確認印)	有 ・ 無	(担当確認印)
後期高齢者医療保険料の滞納の有無確認欄		保育料の滞納の有無確認欄	
有 ・ 無	(担当確認印)	有 ・ 無	(担当確認印)

誓 約 書

岬町長 様

住 所 岬町〇〇 〇〇番地〇〇
氏 名 岬 〇〇子

私は、岬町不妊治療・不育治療助成金の交付申請に当たり、岬町不妊治療・不育治療助成事業実施要綱（以下「要綱」という。）第4条に定める助成対象者の要件を満たしていることを誓約します。

また、町長が要綱の規定に違反すると認める場合は、岬町不妊治療・不育治療助成金の交付決定の取り消しに同意するとともに、既に交付を受けた岬町不妊治療・不育治療助成金を返還することを誓約します。

記入見本

様式第7号（第7条関係）

事実上の婚姻関係の方はこちらも提出ください

事実婚関係に関する申立書

令和〇年 〇月 〇日

下記2名については、事実婚関係にあります。

① 岬町不妊治療・不育治療費助成申請書（受診者）の住所・氏名

住所 岬町〇〇 〇〇番地〇〇

氏名 岬 〇〇子

② 岬町不妊治療・不育治療費助成申請書（配偶者）の住所・氏名

住所 岬町〇〇 〇〇番地〇〇

氏名 岬 〇〇男

別世帯になっている理由（①と②が別世帯になっている場合に記入ください）

()

③ 治療の結果、出生した子について認知を行います。

（← 子の父になる者がを記載してください。）