

特定不妊治療費 (先進医療) 助成申請書

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

また、小豆島町が不妊治療助成事業による助成金の交付状況について他の自治体へ照会することに同意します。

(ふりがな) 氏名		生年月日		申請回数	
申請者		年 月 日 (歳)		今年度 () 回目	
配偶者		年 月 日 (歳)		通算 () 回目	
事実婚の方はこちらにチェックをお願いします。(過去に事実婚で助成を受けた方を含む。) <input type="checkbox"/> ※ 事実婚の方で同一世帯でない場合は、事実婚に関する申立書 (第3号様式) の提出をお願いします。					
申請者住所	郵便番号 (-)	電話 ()			
配偶者住所	郵便番号 (-)	電話 ()			
※申請者と異なる場合のみ記入					
過去にこの助成金を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	1. 小豆島町での本事業の助成歴 <input type="checkbox"/> あり ⇒ 通算 () 回 <input type="checkbox"/> なし		他市町村での本事業の助成歴 <input type="checkbox"/> あり ⇒ 通算 () 回 <input type="checkbox"/> なし	
		2. 今回の治療が2人目以降の特定不妊治療の場合、過去の助成回数のリセットを希望しますか。 <input type="checkbox"/> はい ⇒ 出生日又は死産日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ			
	<input type="checkbox"/> いいえ				
(↓ 申請者及び配偶者が必ず自筆署名してください。 ↓)					
申請者氏名 _____		配偶者氏名 _____			
申 請 額 金 円					
年 月 日					
小豆島町長 殿					
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	支店コード	店番号
	預金種別	普通 当座	(フリガナ) 口座名義人 (申請者と同じ)	()	
	口座番号				(左詰め記入)

(注) 1 太枠の中を記入してください。

2 以下の書類を添付してください。

- (1) 特定不妊治療費 (先進医療) 助成事業受診等証明書 (第2号様式)
- (2) 利用した交通機関の領収書 (切符等)
- (3) 住民票の写し (治療開始日と申請日時点でお住まいの区市町村が異なる場合は、併せて戸籍の附票の写し) (コピー不可)
- (4) 婚姻の届出をしている夫婦であること及び婚姻の日を証明する書類又は他に法律上の配偶者がいないことを証明する書類 (戸籍全部事項証明書 (戸籍謄本) 等 (コピー不可))
 ※ 同一年度内 (4月から翌年3月まで) に再度申請する場合は、(3)及び(4)を省略することができます。
 ※ 新たな年度 (4月1日以降) に再度申請する場合は、住民票の続柄で「世帯主・夫 (妻)」の記載を確認できる場合は、(4)を省略することができます。変更があった場合及び事実婚の場合は、省略することはできません。
- (5) 高額療養費、付加給付を受けた場合は、その通知書の写し

特定不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書

年 月 日

小豆島町長 殿

医療機関の名称及び所在地

電話番号

主治医氏名 _____

下記の者については、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（先進医療を含む）を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

主治医記入																																		
	夫 妻																																	
フリガナ																																		
受診者氏名																																		
受診者生年月日	年 月 日（ 歳） 年 月 日（ 歳）																																	
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日																																	
治療費（領収金額）	今回の特定不妊治療にかかった費用 円 (保険適用外・保険診療及び先進医療の合計額)																																	
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号（注1参照）に○を付けてください。																																	
	A又は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)																																	
	<p>(注1) 助成対象となる治療は次のいずれかに相当するものです</p> <p>A 新鮮胚移植を実施</p> <p>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）</p> <p>C 以前に凍結した胚による胚移植を実施</p> <p>D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了</p> <p>E 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止</p> <p>F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止</p> <p>※採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。</p> <p>(注2) 採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。</p>																																	
実施した治療・技術（先進医療）	<p>今回実施した治療・技術に☑を入れ、実施日を記入してください。</p> <p>【注】 (1)から(10)までの他に、新しく告示された治療・技術を実施した場合は、(11)に記入してください。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">※① 先進医療として告示された治療・技術であること。</td> <td>(1) <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激胚移植法（SEET法）</td> <td style="text-align: right;">実施日： 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(2) <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養</td> <td style="text-align: right;">実施開始日： 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(3) <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）</td> <td style="text-align: right;">実施日： 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(4) <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）</td> <td style="text-align: right;">実施日： 月 日</td> </tr> <tr> <td>※② 厚生局に実施医療機関として登録されていること。</td> <td>(5) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA,ERPeak）</td> <td style="text-align: right;">実施日： 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(6) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA,ALICE）</td> <td style="text-align: right;">実施日： 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(7) <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（IMSI）</td> <td style="text-align: right;">実施日： 月 日</td> </tr> <tr> <td>※③ TRIO 検査を実施した場合は、(5)(6)の両方にチェックしてください。</td> <td>(8) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法</td> <td style="text-align: right;">実施日： 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(9) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（子宮内フローラ）</td> <td style="text-align: right;">実施開始日： 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(10) <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>(11) {</td> <td style="text-align: right;">実施日： 月 日</td> </tr> </table>	※① 先進医療として告示された治療・技術であること。	(1) <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激胚移植法（SEET法）	実施日： 月 日		(2) <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	実施開始日： 月 日		(3) <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）	実施日： 月 日		(4) <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）	実施日： 月 日	※② 厚生局に実施医療機関として登録されていること。	(5) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA,ERPeak）	実施日： 月 日		(6) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA,ALICE）	実施日： 月 日		(7) <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（IMSI）	実施日： 月 日	※③ TRIO 検査を実施した場合は、(5)(6)の両方にチェックしてください。	(8) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法	実施日： 月 日		(9) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（子宮内フローラ）	実施開始日： 月 日		(10) <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法			(11) {	実施日： 月 日
※① 先進医療として告示された治療・技術であること。	(1) <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激胚移植法（SEET法）	実施日： 月 日																																
	(2) <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	実施開始日： 月 日																																
	(3) <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）	実施日： 月 日																																
	(4) <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）	実施日： 月 日																																
※② 厚生局に実施医療機関として登録されていること。	(5) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA,ERPeak）	実施日： 月 日																																
	(6) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA,ALICE）	実施日： 月 日																																
	(7) <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（IMSI）	実施日： 月 日																																
※③ TRIO 検査を実施した場合は、(5)(6)の両方にチェックしてください。	(8) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法	実施日： 月 日																																
	(9) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（子宮内フローラ）	実施開始日： 月 日																																
	(10) <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法																																	
	(11) {	実施日： 月 日																																

【注意事項】

- ・ 出産（流産、死産を含む）に係る費用は対象外です。
- ・ 文書料、食事代、差額ベッド代など、直接治療に関係のない費用は対象外です。
- ・ 一連の治療を分けて申請することはできません。治療計画に基づき、胚移植まで実施した場合が対象です。ただし、治療の途中で中止し、その後に新たな治療を行わないと決定された場合は申請可能とします。

医療機関証明欄

下記項目を確認し、をしてください。当てはまらない場合は、助成対象外となります。

- 当医療機関は、不妊治療にかかる先進医療を実施する保険医療機関として、厚生局に登録されています。
- 下記「先進医療分」に記載した金額は、厚生労働省より告示されている治療・技術のみです。

患者氏名	夫（氏名）		
	妻（氏名）		
領収金額			
診療月	表面 A～F及び(1)～(11)までの治療について、記入してください。		
	領収金額（ア）	アのうち保険診療分	アのうち先進医療分
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
年 月分	円	円	円
合計	円	円	円

↑上記金額が、助成対象です

上記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の 名称
所在地
管理者氏名
電話番号

