

様式第1号（第6条関係）

内子町不妊治療費等（妊娠前検査）助成事業申請書

関係書類を添えて不妊治療費等（妊娠前検査）の助成を申請します。

なお、本申請の審査に関し、申請内容の確認のため医療機関等へ照会・情報提供することに同意します。

(ふりがな) 氏 名		生年月日
夫	()	年 月 日 (歳) ※検査開始時の年齢
妻	()	年 月 日 (歳) ※検査開始時の年齢
夫の住所	電話	
妻の住所 (夫と異なる場合)	電話	
助成状況	<input type="checkbox"/> 今回申請する費用について他自治体等において助成を受けていません。	
申請額※	金	円 (助成上限額：30,000円)
申請者 氏名 _____ 年 月 日		
内子町長 殿		

振込先

金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
預金種別	普通・当座 (ふりがな) () 口座名義人	
口座番号		(左詰記入)

【添付資料】

- 1 不妊治療費等（妊娠前検査）助成事業受診等証明書
- 2 検査を実施した医療機関が発行する領収書（不妊検査分）
- 3 申立書（事実婚の場合のみ）
- 4 振込先に指定した通帳の写し（口座番号が確認できる書類）
- 5 その他町長が必要と認める書類

【注意事項】

助成申請（回数）は、夫婦1組につき1回限りです。助成金申請後に受診した費用は、助成対象期間内（夫婦のいずれか早い方の検査開始日から1年以内）でも再度助成することはできません。

※1 証明書の「患者負担額」と助成上限金額（30,000円）を比較し、低い額を「申請額」欄に記入してください。

※2 助成対象期間は、検査開始日から最長1年間です。夫婦両方の検査費用について申請する場合は、夫又は妻の検査開始日のいずれか早い日から起算となります。

例) 夫：令和5年4月1日検査 妻：令和5年5月1日検査

⇒助成対象期間：令和5年4月1日から令和6年3月31日まで

患者負担額（領収金額）内訳

検査年月日	夫			妻		
	患者負担額（領収金額）※4			患者負担額（領収金額）※4		
	保険診療分	保険診療以外	計	保険診療分	保険診療以外	計
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円	円	円
計	円 … ㉠			円 … ㉡		

患者負担額（領収金額） 合計（㉠+㉡）	円 … ㉢ ←表面の「患者負担額」欄に記入してください。
------------------------	------------------------------

【注意事項】

- 1) この助成は、**医師が必要と認めた不妊検査**が対象です。
 これまでに不妊治療（人工授精、体外受精及び顕微授精）を受けたことがある場合は、対象外となります。
- 2) **夫と妻が同じ医療機関で検査を受けた場合は、まとめて記入してください。**
夫と妻が別々の医療機関で検査を受けた場合は、それぞれの医療機関で記入してください。

- ※1 検査開始時点の年齢を記入してください。
- ※2 貴医療機関において、助成対象となる上記1)の不妊検査を行った期間（1年以内）を記入してください。
 複数日にわたり検査を行った場合は、最初の検査日と最後の検査日を記入してください。
- ※3 検査項目に指定はありません。表中記載の項目以外の検査については「その他」欄に記入してください。
- ※4 検査期間に行った検査に要した費用のうち**患者負担額（領収金額）**（注：保険診療分の場合は、医療保険各法による療養の給付を除いた額）を記入してください。

事実婚に関する申立書

年 月 日

内子町長 様

私どもは、事実婚であることを申し立てます。

なお、不妊治療等の結果、出生した子について、認知を必ず行います。

妻	ふりがな 氏 名	生年月日
	住 所	
夫	ふりがな 氏 名	生年月日
	住 所	

※別世帯の理由（夫と妻が別世帯または別住所になっている場合に記入）

--