

様式第1号（第5条関係）

内子町特定不妊治療費（先進医療）助成事業申請書

関係書類を添えて特定不妊治療費（保険医療負担分）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)
妻	()	年 月 日 (歳)
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：50,000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		(左詰め記入)

【添付書類】

- 1 特定不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書
- 2 特定不妊治療を受けた医療機関が発行する領収書
- 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】

- 1 証明書の「領収金額」と助成上限金額（50,000円）を比較し、低い額を「申請額」欄に記入
- 2 助成金の振込先は、申請者であること。

様式第2号（第5条関係）

内子町特定不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書

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、併せて先進医療を実施した医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

内子町長 様

医療機関の名称
所在地
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

各項目について確認し、間違いがなければ、□にレ点を入れてください。

当医療機関は、実施した先進医療に係る実施機関として、届出を行っている、又は承認されている医療機関である。

今回の先進医療による治療は、保険適用の治療と併用して実施しました。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	() 年 月 日 (歳)	妻	() 年 月 日 (歳)
受診者生年月日				
今回の特定不妊治療(生殖補助医療)の治療方法 (裏面※1参照)	A B C D E F (該当する記号に○をつけてください)		A又はBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 (該当する番号に○をつけてください)	
今回の申請に係る治療期間 ※2	年 月 日 ~ 年 月 日 上記治療開始時の妻の年齢 () 歳			
実施した先進医療※3 (該当項目に☑)	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 (SEET法)		<input type="checkbox"/> 子宮内膜胚受容期検査 (ERPeak)	
	<input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養		<input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査	
	<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI)		<input type="checkbox"/> 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法	
	<input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術		<input type="checkbox"/> ()	
	<input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別 (IMSI)		<input type="checkbox"/> ()	
	<input type="checkbox"/> 二段階胚移植術		<input type="checkbox"/> ()	
先進医療を実施した日			金額	
年 月 日			円	
年 月 日			円	
年 月 日			円	
年 月 日			円	
年 月 日			円	
金額合計			①	円
領収金額	[先進医療にかかった金額合計] 領収金額 _____ 円 ※①の金額と一致すること			

※1) 治療ステージ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周期程度の間隔を空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 採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止
※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、又は状態の良い精子が得られないため治療を中止した場合も含む

※2) 治療開始は、原則、主治医が体外受精又は顕微授精を開始すると決定した日、治療終了は、原則、妊娠判定日又は治療を中止した日

※3) 今回の特定不妊治療（生殖補助医療）の治療期間中に実施したものが対象

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）

--