

様式第1号（第5条関係）

八千代町特定不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

八千代町長 殿

申請者 氏 名 印
住 所

八千代町特定不妊治療費助成金交付要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて次の通り特定不妊治療費の助成を申請します。

治療を受けた夫婦の氏名		生 年 月 日					
夫		年	月	日	(歳)		
妻		年	月	日	(歳)		
住 所							
連絡先	(夫)	(妻)					
自己負担額	特定不妊治療費			男性不妊治療費			
	A	円	B	円			
助成申請額	円 ※						
治療期間	年 月 日 ~			年 月 日			
振込先 金融機関	銀行・農協 信金・信組			本店・支店 本所・支所			
口座種別	普通・当座	口座番号					
フリガナ							
口座名義人							
同意書							
<input type="checkbox"/> この申請の審査に際し、関係書類の提出に代えて、八千代町が保有する住民基本台帳等により、必要な情報を確認することに同意します。							
<input type="checkbox"/> この申請の審査に際し、必要がある場合には、治療状況について、医療機関及び調剤薬局等に照会することに同意します。							
年 月 日							
氏名 _____							

※A と B の合計額と 100,000 円とを比較して低い方の額を記入してください。

【添付書類】

- 1 医療機関の発行する領収書
- 2 申請者及びその配偶者の住所及び婚姻関係や事実婚関係を証する書類
- 3 町税等の滞納がないことを証する書類
- 4 その他町長が必要と認める書類

(備考) ①2及び3の書類の内容を町の公簿により確認できる場合は、添付を省略することができます。

②保険診療による治療で限度額認定を受けた方は、限度額認定証を添付してください。

③高額療養費に該当する場合や、加入している健康保険から付加給付金等が支給される場合は、必ずご加入の健康保険へ請求したのち、決定通知等を添付してください。

【補助対象となる治療】

- 1 新鮮胚移植を実施
- 2 凍結胚移植を実施（採卵・受精後、1～3周期程度の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの当初からの治療方針に基づく治療を行った場合）
- 3 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施
- 4 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
- 5 受精できず、又は胚移植の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等により中止
- 6 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。
- 7 男性不妊治療 特定不妊治療の過程で、精巣又は精巣上体から精子を採取する手術

八千代町処理欄

申請書No.		住民となった日	夫	年	月	日	
			妻	年	月	日	
<input type="checkbox"/> 住民基本台帳		年	月	日			
<input type="checkbox"/> 町税等納付状況		年	月	日	確認者（ ）		
受付年月日	年	月	日	決定年月日	年	月	日