

(様式第 1 号)

栗山町不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

栗山町長 様

申請者 住 所 栗山町

氏 名

連絡先 ( )

不妊治療費助成事業の助成を受けたいので、栗山町不妊治療費助成事業実施要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、栗山町が住民基本台帳を閲覧すること、町税等の状況を調査すること、他の市町村及び医療機関等に対し申請に関する情報を照会、または提供することについて同意します。

|            |                                                                 |                                  |      |            |  |  |  |  |
|------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|------|------------|--|--|--|--|
| 氏 名        | 申請者                                                             |                                  | 生年月日 | 年 月 日 ( 歳) |  |  |  |  |
|            | 配偶者                                                             |                                  | 生年月日 | 年 月 日 ( 歳) |  |  |  |  |
| 住 所        | ※配偶者の住所が異なる場合に記入してください。<br>〒                                    |                                  |      |            |  |  |  |  |
| 申請する<br>治療 | <input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 生殖補助医療 |                                  |      |            |  |  |  |  |
| 申請金額       | <u>保険適用後の自己負担額合計 (A)</u> 円                                      |                                  |      |            |  |  |  |  |
|            | <u>高額療養費等の付加給付額合計 (B)</u> 円                                     |                                  |      |            |  |  |  |  |
|            | <u>申請額合計 (A - B)</u> 円                                          |                                  |      |            |  |  |  |  |
| 振込先<br>口 座 | 金融機関                                                            | 銀行・組合      本店<br>信用金庫      支店・支所 |      |            |  |  |  |  |
|            | 口座番号                                                            | 普 通 ・ 当 座                        |      |            |  |  |  |  |
|            | フリガナ<br>口座名義                                                    |                                  |      |            |  |  |  |  |

○添付書類

- ☐ 栗山町不妊治療費助成事業受診等証明書
- ☐ 不妊治療費及び調剤に係る領収書及び明細書の写し
- ☐ 医療保険各法に基づく高額療養費等の支払額がわかる書類
- ☐ 本人確認書類の写し
- ☐ 申請者の振込先口座がわかるものの写し
- ☐ (夫婦が別世帯の場合) 戸籍謄本
- ☐ (事実婚の場合) 戸籍謄本、事実婚関係に関する申立書

(様式第2号)

栗山町不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

医療機関（又は薬局）名 称

医療機関（又は薬局）所在地

主治医（又は薬剤師）氏 名

印

下記の者については、医療保険の対象となる不妊治療（又は調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費の本人負担額を徴収したことを証明します。

|                     |          |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                           |         |       |            |  |
|---------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------|-------|------------|--|
| (ふりがな)<br>受 診 者 氏 名 |          | 夫                                                                                                                                                                                                                                             | ( )                                                       |         | 妻     | ( )        |  |
| 受診者生年月日             |          |                                                                                                                                                                                                                                               | 年 月 日 ( 歳)                                                |         |       | 年 月 日 ( 歳) |  |
| 貴医療機関における診療開始日      |          |                                                                                                                                                                                                                                               | 年 月 日                                                     |         |       |            |  |
| 今回の治療期間             |          |                                                                                                                                                                                                                                               | 年 月 日 ~ 年 月 日                                             |         |       |            |  |
| 院外処方の有無             |          |                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし |         |       |            |  |
| 今回の治療内容             |          | <input type="checkbox"/> 一般不妊治療（タイミング法・人工授精）<br><input type="checkbox"/> 生殖補助医療（男性不妊治療を除く） <u>通算</u> 回（1子ごと）<br><input type="checkbox"/> 生殖補助医療（男性不妊治療）<br>※一般不妊治療と生殖補助医療は各1枚ずつ記載してください。<br>※一般不妊治療は1年間（1月～12月）に1回、生殖補助医療は1回の治療につき1回の申請となります。 |                                                           |         |       |            |  |
| 本人の負担額の内訳           | 区分       | 医療機関（又は薬局）領収分 ※保険診療のみ                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |         | 本人負担額 |            |  |
|                     |          | 医療（又は調剤）費総額                                                                                                                                                                                                                                   |                                                           | 高額療養給付額 |       |            |  |
|                     | 年 1 月分   | 円                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 該当有                              | 円       | 円     |            |  |
|                     | 年 2 月分   | 円                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 該当有                              | 円       | 円     |            |  |
|                     | 年 3 月分   | 円                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 該当有                              | 円       | 円     |            |  |
|                     | 年 4 月分   | 円                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 該当有                              | 円       | 円     |            |  |
|                     | 年 5 月分   | 円                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 該当有                              | 円       | 円     |            |  |
|                     | 年 6 月分   | 円                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 該当有                              | 円       | 円     |            |  |
|                     | 年 7 月分   | 円                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 該当有                              | 円       | 円     |            |  |
|                     | 年 8 月分   | 円                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 該当有                              | 円       | 円     |            |  |
|                     | 年 9 月分   | 円                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 該当有                              | 円       | 円     |            |  |
|                     | 年 1 0 月分 | 円                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 該当有                              | 円       | 円     |            |  |
|                     | 年 1 1 月分 | 円                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 該当有                              | 円       | 円     |            |  |
|                     | 年 1 2 月分 | 円                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 該当有                              | 円       | 円     |            |  |
| 合 計                 | 円        |                                                                                                                                                                                                                                               | 円                                                         | 円       |       |            |  |

※薬局のみご記入下さい

処方依頼のあった医療機関名

(様式第3号)

## 事実婚関係に関する申立書

栗山町長 様

年 月 日

下記二名については、事実婚関係（重婚ではない）にあります。  
また、不妊治療の結果、出生した子については認知を行います。

1 栗山町不妊治療費助成事業申請者の住所・氏名

住 所 \_\_\_\_\_

氏名（自署） \_\_\_\_\_

2 配偶者の住所・氏名

住 所 \_\_\_\_\_

氏名（自署） \_\_\_\_\_

※ 別世帯になっている理由（1と2が別世帯となっている場合には記入）

---

---

---

---

---