

様式第1号 (第5条関係)

栗山町先進不妊治療費等助成事業申請書

年 月 日

栗山町長 様

申請者 住所
氏名
連絡先 ()

先進不妊治療費等助成事業の助成を受けたいので、栗山町先進不妊治療費等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。 〒			
過去にこの助成金を受けたことがありますか ・ない ・ある → 過去 (回) 受けたことがある 助成を受けた市町村 ()				
今回の治療が第2子以降の先進不妊治療である場合のみ記載願います。 ※治療対象の子ども毎の助成回数になりますので、以前に先進不妊治療の助成対象となった子の氏名を記入してください。 子の氏名 _____ 子の生年月日 _____ 年 月 日				
申請金額	※内訳は別紙に記載してください。			
	治療費	_____ 円		
	交通費	_____ 円		
	合計	_____ 円		
振込先口座	金融機関	銀行・組合 本店 信用金庫 支店・支所		
	口座番号	普通・当座		
	フリガナ 口座名義			

(別紙) 申請金額内訳書

○交通費

※1	かかった費用 ※2	自宅から医療機関 の距離※3	補助額 ※4
1回目	円	km	円
2回目	円	km	円
3回目	円	km	円
4回目	円	km	円
5回目	円	km	円
計	円		円

※1：助成回数は1回の治療につき、上限5回としています。

※2：公共交通機関を使用した場合、かかった費用を記入してください。分からない場合は空欄で構いません。

※3：GoogleMap等で計測した距離を記入してください。

【別表】

距離区分 (片道)	補助額 (往復)
25km 以内	対象外
25km を超えて 50km まで	1,430 円
50km を超えて 75km まで	2,450 円
75km を超えて 100km まで	3,200 円
100km を超えて 125km まで	4,520 円
125km を超えて 150km まで	5,150 円
150km を超えて 175km まで	5,880 円
175km を超えて 200km まで	6,720 円
200km を超えて 225km まで	8,080 円
225km を超えて 250km まで	8,820 円
250km を超えて 275km まで	9,550 円
275km を超える	10,180 円

○添付書類

- 先進不妊治療費等助成事業受診等証明書 領収書及び明細書の写し
 公共交通機関の領収書の写し、又は自宅から医療機関までの経路が分かる書類 (GoogleMap 等)
 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（第5条関係）

先進不妊治療費等助成事業受診等証明書

下記の者については、先進医療技術となっている不妊治療を実施し、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。

年 月 日

医療機関の名称
及び所在地

主治医氏名 印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（ ）		妻	（ ）	
		年 月 日（ 歳）			年 月 日（ 歳）	
今回の治療方法 （注1）	先進医療A	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術（SEET法） <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ） <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"/> 子宮内膜受容能検査1（ERA） <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1（EMMA/ALICE） <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2（子宮内フローラ） <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2（子宮内膜受容期検査）（ERpeak） <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI） <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術（Zymot）				
	先進医療B	<input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法 <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査				
今回の治療期間 （注2）	年 月 日 ～ 年 月 日					
領 収 金 額	治療にかかった金額合計（※保険外診療に限る）					
	先進医療分	領収金額 _____ 円				

（注1）治療方法については、厚生労働省が先進医療技術として公表されているものであるため、増減することがあります。

（注2）治療期間については、治療計画を作成した日から妊娠確認日までを記載してください。

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、不妊検査及び治療の結果、出生した子については認知を行います。

1 栗山町先進不妊治療費等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）

様式第4号（第5条関係）

遅延理由書

栗山町長 様

申請年月日 _____ 年 月 日

申請者氏名（自署） _____

栗山町先進不妊治療費等助成事業の申請について、下記の理由により、規定の期間に申請できなかったことを申し出ます。

<理由>

[]