

下野市不妊治療費（特定不妊治療及び男性不妊治療）助成金交付申請書

令和 元年 6月 7日

下野市長 様

関係書類を添えて次のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。
当該助成金の受領に関し、次の口座の名義人にその権限を委任します。
下野市が実施する住民記録の確認及び市税納付状況並びに所得状況の調査について同意します。

申請者氏名		生年月日		住 所	
夫	下野 太郎	昭和・平成 61年11月10日 (32歳)	〒329-0492 下野市笹原26番地 (TEL 0285-32-8905)		
妻	下野 花子	昭和・平成 62年12月20日 (31歳)	〒329-0492 下野市笹原26番地 (TEL 0285-32-8905)		
過去にこの助成を受けましたか。		<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	過去(2)回受けた※男性不妊治療のみでの助成も含まれます。		
他自治体や医療保険等からの助成金額		<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	300,000円(うち男性不妊治療分: 150,000円)		
振込先	金融機関	支店名	種別	口座番号	口座名義(カタカナ)
	下野銀行	小金井支店	普通	777777	シモツケ タロウ
※申請額 円【うち男性不妊治療分 円】(100円未満切捨)					
添付書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本及び本籍・続柄が記載された個人番号記載のない住民票 ※夫婦が同じ世帯の場合は不要 <input type="checkbox"/> 助成金交付決定通知書の写し ※他自治体や医療保険等から給付があるとき <input type="checkbox"/> 夫婦それぞれの医療保険証の写し <input type="checkbox"/> 当該治療に係る領収書の原本 ※原本確認後、希望により返戻します。				

※太線枠内は申請者が記入押印し、二重線枠内は医療機関で記入押印を受けてください。

医療機関証明					
男性不妊治療の実施		有 ・ 無 (実施医療機関名:)			
治療方法	特定不妊治療	A(体外受精・顕微授精)・B(体外受精・顕微授精)・C・D・E・F			
	男性不妊治療	【 】 (精子の回収: 有 ・ 無)			
受診者氏名	夫	年 月 日	昭和・平成	年 月 日	
	妻	年 月 日	昭和・平成	年 月 日	
治療期間(※1)		平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日			
治療費 (保険外診療に限る)	特定不妊治療費(※2)	円			
	男性不妊治療費(※3)	円			
上記の者は、当該治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか、極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これに係る治療費を徴収したことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関名称及び所在地 主治医氏名					

(※1) 採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。但し、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から特定不妊治療終了日までを記載してください。

(※2) 男性不妊治療費を除いた金額を記載してください。

(※3) 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。

★対象となる治療内容は、栃木県不妊に悩む方への特定治療支援事業と同様です。(裏面参照)

市使用欄	住民記録確認	令和 年 月 日	市税納付及び所得状況確認	令和 年 月 日
------	--------	----------	--------------	----------