様式第１号（第６条関係）

大河原町不妊治療費助成事業申請書

　関係書類を添えて次のとおり不妊治療費の助成を申請します。

　また、大河原町が本申請の審査に関して関係機関に照会することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな | |  | | | | | | | 年 月 日 生  　　（　　　　　　　　　歳） | | |
| 氏　　名 | | （　夫　・　妻　） | | | | | | |
| 現 住 所 | | 〒（　　　　－　　　　）　電話　　　　　（　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 配偶者 | ふりがな | |  | | | | | | | 年 月 日 生  　　　　　（　　　　　　　　　歳） | | |
| 氏　　名 | | （　夫　・　妻　） | | | | | | |
| 現 住 所  ※申請者と異なる場合のみ記入 | | 〒（　　　　－　　　　）　電話　　　　　（　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 過去の助成歴等 | | | 大河原町が実施しているこの事業の助成を受けたことがありますか。  □　ある　（　　　　　　　　回目）　　　　　□　ない | | | | | | | | | |
| 申請額 | | | 金　　　　　　　　　　円　（助成上限額：60,000円） | | | | | | | | | |
| 大河原町長　様  　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名（自署）  　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 （口座名義人と同じ） | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | | 金融機関名  ※申請者の口座を記入 | 銀行・金庫  組合・農協  （　　　） | | | | | 本・支店名 | | | 本　店  支　店  出張所 | |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | | | フリガナ | | | | |  | |
| 口座名義人（申請者） | | | | |  | |
| 口座番号 |  |  |  | |  |  |  | |  | （右詰め記入） |
| 確認項目 | | 該当する内容の□にレ点を記入してください。  １　婚姻関係   * 法律婚 * 事実婚　（事実婚申立書が必要です）   ２　確認項目（該当しない場合は助成の対象となりません）   * 今回申請する治療費用について、他の地方公共団体及び本市（町村）の他の事業による   助成を受けていない | | | | | | | | | | |

【添付書類・チェックリスト】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | 申 請 書 類 | ☑ |
| １ | 大河原町不妊治療費助成事業に係る受診等証明書（様式第２号） | □ |

　申請書類に不備や不足がある場合は、受付できないことがありますのでご留意ください。

**※必ず裏面もご確認ください。**（記入に係る注意事項について記載しています。）

　【注意事項】

　※１　受診等証明書（様式第２号）の「患者負担（領収）額」と助成金上限額（60,000円）を

比較し、低い額を「申請額」欄に記入してください。

　※２　承認決定（不承認決定）通知書は、申請者の住所地に郵送します。

不妊治療

様式第２号（第６条関係）

**大河原町不妊治療費助成事業に係る受診等証明書**

　　年　　　　　　月　　　　　　日

医療機関の名称

所在地

電話番号

主治医氏名

（※主治医が自署又は記名押印）

下記のとおり、不妊治療費助成事業の対象となる不妊治療を実施したことを証明します。

＜医療機関記入欄＞（該当することを確認の上、□にレ点を入れてください。当てはまらない場合は、助成の対象外となります。）

□　当医療機関は、不妊治療に係る先進医療を実施する保険医療機関として承認されています。

□　今回の先進医療による治療は、保険適用の治療と併せて実施しました。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 夫 | 妻 | | |
| （ ふ り が な ）  受診者氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 受診者生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 治療期間（※1） | 年　　　　　　　月　　　　　　　日　　　～　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日 | | | |
| 今回の治療内容  について | A　 ・ 　B 　・ 　C 　・ 　D 　・ 　E 　・ 　F 　・ M  該当する治療ステージ記号（裏面参照）に〇を付けてください。 | | AまたはBの場合  　　１．体外受精　　　　２．顕微授精  　　該当する番号に〇を付けてください | |
| 今回は　　　　　　　　　回目の保険診療です。（保険制限回数　　　　　　　回） | | | |
| 今回の治療で当てはまるものに☑してください。  □　採卵から妊娠確認　　　□　凍結胚移植から妊娠確認　　□　妊娠確認前に当該治療計画を中止 | | | |
| 今回の治療に 係る領収年月日 | 年　　　　　　　月　　　　　　　日　　　～　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日 | | | |
| 今回の治療に 係る領収金額 （※２） | （うち先進医療に係る領収金額　　　　　　　　　　　　　　 円）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円  （うち本証明書への記載料 円） | | | |
| 実施した  先進医療 | □　子宮内膜刺激術（SEET法）  □　タイムラプス  □　子宮内摩擦術  □　子宮内膜受容能検査（ERA）  □　二段階胚移植 | □　子宮内細菌叢検査１（EMMA/ALICE）  □　子宮内細菌叢検査２（子宮内フローラ）  □　その他 | | |
|  | | | |  |

医療機関ご担当者様

○　この証明書は、『大河原町不妊治療費助成事業』において、申請者が助成金を申請する際に必要な書類です。

○　証明書を発行していただく際は、裏面注意事項にご留意のうえ、ご記入くださるようお願いいたします。

　なお、記載内容等にご不明な点等がありましたら、大河原町役場子ども家庭課（℡：0224-53-2251）までご連絡ください。

【注意事項】

　①一連の治療を分けて申請することはできません。１回の治療計画ごとに受診等証明書を作成してください。

　　　ただし、妊娠確認前に当該治療計画を中止した場合は助成の対象となります。

　②次の費用は助成の対象となりません。

・自費診療と併用して行われた先進医療に係る費用

・食事代、ベッド代等直接治療に関係ない費用

（※１）治療期間については、治療計画に基づき記載してください。

（※２）治療期間内に行った先進医療に要した費用のうち、自己負担（領収）額を記入してください。本証明書への記載料を

徴収する場合はその金額も含むことができます。

|  |
| --- |
| 助成対象となる治療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周期の間隔をあ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凍結胚移植を実施  Ｄ　体調不良等により移植のめどが立たず治療終了  Ｅ　受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止  Ｆ　採卵したが卵が得られない、又は状態のよ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、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も助成  の対象となります。  Ｍ　男性不妊治療（特定不妊治療のうち精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術）  なお、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、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も対象となります。  （注）採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成の対象となりません。 |

≪治療ステージ≫

**事実婚関係に関する申立書**

令和　　年　　月　　日

私たちは、戸籍法（昭和22年法律第224号）第74号の規定による婚姻の届

出をしていませんが、事実上婚姻関係と同等の関係にある夫婦であることに相

違ないことを申立します。

住所

氏名

住所

氏名

※別世帯になっている理由（上記２名が別世帯となっている場合には記入）

**大河原町長　様**