

申請者記入

牛久市不妊治療費助成金交付申請書

牛久市長 様

20××年 ○月 ○日

代表申請者氏名 牛久 花子

標記助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

記

妻	(フリガナ) 氏 名	(ウシク ハナコ) 牛久 花子 (署名又は記名押印)
	生年月日	19××年 ○月 ○日生 治療開始日の年齢 (○) 歳
	住 所	〒○○○-○○○○ 牛久市・・・・・
	電話番号	○○○-○○○○-○○○○
夫	(フリガナ) 氏 名	(ウシク タロウ) 牛久 太郎 (署名又は記名押印)
	生年月日	19××年 ○月 ○日生
	住 所	☒ 妻と同じ (妻と異なる場合は以下に記載) 〒
	電話番号	○○○-○○○○-○○○○
婚姻年月日		20××年 ●月 ●日 ☐ 婚姻していない (事実婚関係にある)
☒ 助成要件確認のため、牛久市長が住民基本台帳等を確認し、支給要件に関する事項を照会することについて同意します。 ☒ この申請に係る不妊治療について、牛久市以外の地方公共団体の助成は受けていません。 ☒ 治療開始日から申請日までの間、引き続き夫婦のいずれか一方が牛久市内に住所を有しています。 ☒ 申請日以降も1年以上引き続き牛久市内に住所を有する意思があります。		

※添付書類

- 1 不妊治療（先進医療）受診等証明書（様式第2号）
- 2 保険医療機関の発行する領収書及び明細書
- 3 その他関係書類 ※以下に該当する場合のみ
 - 夫婦の一方が市外に在住の場合
 - ①住所を確認できる書類(マイナンバーカード、免許証、住民票など)、②夫婦それぞれの戸籍謄本
 - 事実婚関係にある場合
 - ①事実婚関係に関する申立書（様式第3号）②夫婦それぞれの戸籍謄本
- 枠内記入してください

市 記 入 欄	申請受理年月日	(承認・不承認) 決定年月日	
	今回治療開始時妻年齢：	歳(43歳以上は対象外)	
	初回治療開始時妻年齢：	歳 ☐ 40歳未満→通算6回まで ☐ 40歳～42歳→通算3回まで	保険診療による治療実施 回数：通算 回目
	市町村への申請回数：	回目	
	コード：妻 () 夫 ()	住定年月日 ()	市税等滞納 (有・無)
	備考欄		

医療機関記入

不妊治療（先進医療）受診等証明書

20××年〇月〇日

牛久市長様

医療機関所在地

〇〇県●●市・・・

名称

～～クリニック

主治医氏名

□□ □□

(記入または押印)

次のとおり、保険診療の生殖補助医療と併せて先進医療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	(うしく たろう) 牛久 太郎	妻	(うしく はなこ) 牛久 花子
生年月日・年齢		19××年 〇月 〇日(△△歳)		19××年 〇月 〇日(△△歳)
治療期間※1	20××年 〇月 〇日～ 20××年 ●月 ●日(妊娠確認日又は治療を中止した日)			
妊娠の有無	有 ・ 無 いずれかに○			
治療ステージ	A・B・C・D・E・F・G・H いずれかに○			
保険診療について	今回の生殖補助医療は保険診療ですか ☒ はい →右記の治療回数を記入 ☐ いいえ →補助対象外です。		保険診療による治療回数 今回の治療は保険適用 ____●__ 回目	
領収金額	今回の治療に係る領収金額合計※2 ●●●●●円 ※保険診療分と先進医療分の合計		左記のうち、 <u>先進医療</u> に係る領収金額 ○○○○○円	

上記治療期間中に実施した先進医療		
医療技術名	実施日※3	領収金額
子宮内膜刺激術（SEET 法）	20××年 △月 △日	○○○○○円
タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	年 月 日	円
子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）	年 月 日	円
ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）	年 月 日	円
子宮内膜受容能検査1（ERA）	年 月 日	円
子宮内膜受容能検査2（ERPeak）	年 月 日	円
子宮内細菌叢検査1（EMMA/ALICE）	年 月 日	円
子宮内細菌叢検査2（子宮内フローラ検査）	年 月 日	円
強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI）	年 月 日	円
二段階胚移植術	年 月 日	円
タクロリムス投与療法	年 月 日	円
膜構造を用いた生理学的精子選択術	年 月 日	円
着床前胚異数性検査（PGT-A）	年 月 日	円
☒ 当医療機関は、実施した先進医療の実施医療機関として承認されている。		
☒ 上記の先進医療について、保険適用となる体外受精又は顕微授精と併用して実施した。		

※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。

※2 体外受精及び顕微授精に関する費用についてのみ記載し、食事療養費標準負担額、個室料、文書料等の不妊治療に直接関係のない費用は、含めないでください。

※3 実施日が複数にまたがる場合は、実施の開始日を記載してください。

問合せ：牛久市こどもの未来応援センター

TEL 029-873-2111(内線 1745) FAX 029-873-1775

e-mail kodomomirai@city.ushiku.ibaraki.jp

申請者記入

牛久市長 様

年 月 日
記入しない

請求者 住所 牛久市
氏名 牛久 花子 印

記入する ※押印も忘れずに

牛久市不妊治療費助成金請求書

年 月 日付第 号で支給決定を受けた牛久市不妊治療費助成金について、牛久市不妊治療費助成事業の実施に関する告示第7条の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 請求額		金		円	
2 振込先					
指定 口座	金融機関名	銀行・信用金庫		本店・支店	
		信用組合・農協		出張所	
	フリガナ		預金 種目	当座 ・ 普通	
	口座名義人		口座 番号		

(注) 請求者と振込指定先の口座名義は同一の人物とします。同一人物であって請求者と振込指定先の口座名義が異なる場合は、振込指定先への振り込みをもって助成金の受領とします。

上記請求者の口座を記入

(表)

振込先金融機関口座確認書類

写し貼付け

通帳(口座番号が書かれた部分)のコピー

又はキャッシュカードのコピー 等

※銀行名・支店名・口座番号・口座名義人が分かるもの