

【一般・特定不妊治療費等の申請】

申請書の記入例と添付書類



奄美市不妊治療費等支援事業助成金交付申請書

令和××年×月××日

奄美市長 殿

奄美市不妊治療費等支援事業助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり不妊治療費等の助成を申請します。

記

申請者	フリガナ 氏名	アミ ハコ 奄美 花子 印	生年月日 及び年齢	昭和○年○月○日(○○歳)
	個人番号	○○○○○○○○○○○○○○○○		
	住所	〒894-○○○○ 奄美市名瀬○○町○○番○号 電話番号○○○-○○○○-○○○○		
配偶者	フリガナ 氏名	アミ タロウ 奄美 太郎 続柄(夫・妻)	生年月日 及び年齢	昭和○年○月○日(○○歳)
	個人番号	○○○○○○○○○○○○○○○○		
	住所	〒 (申請者と同じ場合は記入不要) 電話番号		
給付の種類と申請金額 (右記項目のいずれかに✓)		<input type="checkbox"/> 特定不妊治療費	金 _____ 円	
		<input type="checkbox"/> 一般不妊治療費		
		<input type="checkbox"/> 不育治療費	金 _____ 円	
		<input type="checkbox"/> 特定不妊治療の旅費等		
奄美市での助成の回数 ○ 回目		他の市町村での助成の回数 ○ 回		

- (添付書類)
- 1 不妊(不育)治療受診等証明書
 - 2 不妊(不育)治療費領収書の写し
 - 3 保険証の写し(夫婦ともに必要)
 - 4 その他必要と認める書類
 - 5 鹿児島県不妊治療費助成事業実施要綱における助成対象者のみ

※旅費等の内訳書、交通費・宿泊費の領収書の写し、鹿児島県が交付した特定不妊治療費助成事業承認決定通知書及び鹿児島県の不妊治療費助成事業受診等証明書の写し

金額は記入しないで下さい

(同意書)

奄美市不妊治療費等支援事業助成金を申請するにあたり、市税等の納入状況を市長が確認することに同意します。

氏名 奄美 花子 印
氏名 奄美 太郎 印

(奄美市使用欄)

申請受理年月日	年	月	日	決定年月日(承認・不承認)	年	月	日
受給者番号			-				

医療機関にて全て記入

不妊治療受診等証明書

下記の者については、不妊治療を実施し、これに係る治療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関名 **〇〇〇病院**
所在地 **奄美市名瀬〇〇町〇番〇号**
主治医氏名 **〇〇 〇〇 印**

記

医療機関記入欄

	氏 名	生 年 月 日
夫		年 月 日
妻		年 月 日
<p>今回の申請に係る不妊治療について、該当箇所に記入してください。</p> <p>1 体外受精 (回)実施 [治療期間： 1回目 ~ 2回目 ~ 3回目 ~]</p> <p>2 顕微授精 (回)実施 [治療期間： 1回目 ~ 2回目 ~ 3回目 ~]</p> <p>3 凍結胚移植 (採卵を伴わないもの) (回)実施 [治療期間： 1回目 ~ 2回目 ~ 3回目 ~]</p> <p>4 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(回)実施</p> <p>5 人工授精 (回)実施 治療対象となる期間</p> <p>6 タイミング療法 (回)実施</p> <p>7 排卵誘発法 (回)実施</p>		
今回申請の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日	
	領収金額	円
特定不妊治療 →	1～2の治療費	円
一般不妊治療 →	3～4の治療費	円
	5～7の治療費	円

請求書

一金 _____ 円

総額	前回までの 請求額	今回請求額	未請求額
円	円	円	円

ただし、令和 年 月 日付け奄保健第 号の奄美市不妊治療支援事業助成金交付決定通知書に基づく。

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

※請求書の金額、日付けは記入しないでください。

住所 奄美市名瀬〇〇町〇〇番〇号

名前 奄美 花子 印

振込先の口座番号（本人名義）

〇〇 銀行・信金・信組

〇〇 支店

普通・当座

口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇

奄美市長 朝山 毅 殿

【夫婦の保険証のコピー】

鹿児島県国民健康保険被保険者証

有効期限 令和元年8月1日～令和2年7月31日

記号	奄美	番号	
----	----	----	--

氏名

生年月日

性別

交付年月日

世帯主氏名

住所

保険者番号 460071

交付者名 奄美市

奄美市
長印

鹿児島県国民健康保険被保険者証

有効期限 令和元年8月1日～令和2年7月31日

記号	奄美	番号	
----	----	----	--

氏名

生年月日

性別

交付年月日

世帯主氏名

住所

保険者番号 460071

交付者名 奄美市

奄美市
長印

【振込先通帳のコピー】

本人名義の口座に限ります

コクトバンク			総合口座通帳	普通預金
				定期預金
店番号	会員一枚番号	口座番号	奄美 花子 様	
〇〇〇	××××-×××	1234567		
			黒兎銀行	
<small>Amami City Official Character</small>			KoKuToKoM	

【治療費領収書のコピー】

医療機関からの領収書
(様式・書式は問いません)

領収書			
発行日 令和〇〇年〇月〇〇日			
氏名		奄美 花子	
項目	点数・金額(保険内)	項目	点数・金額(保険外)
診察	〇〇〇	検診料	〇〇〇円
投薬	〇〇〇	検査料	〇〇〇円
注射	〇〇〇	診察料	〇〇〇円
処置	〇〇〇	投薬・注射料	〇〇〇円
手術	〇〇〇	処置料	〇〇〇円
検査	〇〇〇	手術料	〇〇〇円
その他	〇〇〇	文書料	〇〇〇円
保険内合計	〇〇〇	保険外合計	〇〇〇円
請求金額	〇〇〇〇円	領収金額	〇〇〇〇円
鹿児島県〇〇市〇〇町〇番〇号 〇〇〇 病院			領収印

【県の助成金を受けている方のみ】

別紙

旅費等の内訳書

記入例

	受診 年月日	移動 年月日	交通機関	区 間	実際に要し た額 (A)	基準額 (B) (注 1)	(A)(B)のうち 低い方の額×2/3 (注 2)
交 通 費 (往復9 回限度)	1.5.11	1.5.10	航空機 船	奄美→鹿児島	20,000		
		1.5.12	航空機 船	鹿児島→奄美	20,000		
	1.5.22	1.5.21	航空機 船	奄美→鹿児島	19,000		
		1.5.22	航空機 船	鹿児島→奄美	19,000		
	1.6.4	1.6.3	航空機 船	奄美→鹿児島	10,000		
		1.6.5	航空機 船	鹿児島→奄美	7,000		
			航空機・船				
			航空機・船				
			航空機・船				
合 計							

	受診 年月日	宿泊 年月日	宿泊施設名	実際に要した額 (A)	基準額 (B)	(A)(B)のうち 低い方の額×2/3
宿 泊 費 (15泊 限度)	1.5.11	1.5.11 ~12	〇〇ホテル	9,000		
	1.5.22	1.5.21	××旅館	6,000		
	1.6.4	1.6.4	△△ホテル	5,000		
合 計						
旅費と宿泊費の合計						

注1 基準額 ・船の場合（二等往復割引・離島割引またはパック料金）いずれか料金が低い方
 ・航空機の場合（離島引きまたはパック料金）いずれか料金が低い方

注2 1円未満は切り捨て

【県の助成金を受けている方のみ】

【鹿児島県不妊治療費助成事業承認決定通知書のコピー】

第6号様式（第7条関係）

		第	号						
		令和	年 月 日						
様									
		保健所長	印						
不妊治療費助成事業承認決定通知書									
令和 年 月 日 付けであなたから申請のあった不妊治療費の助成については、下記のとおり承認決定したので通知します。									
記									
1 受給者番号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td></tr></table>						-		
			-						
2 助成することとした額	金	円							
3 助成対象年度	年度								
※決定された助成金は、指定された口座に振り込まれます。									
この決定通知に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して60日以内に、書面で、鹿児島県知事に対して異議申し立てをすることができます。									

【県の助成金を受けている方のみ】

【鹿児島県不妊治療費助成事業受診等証明書のコピー】

第5号様式（第7条関係）

受給者番号（保健所記入）					-			
--------------	--	--	--	--	---	--	--	--

不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

令和 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	（ ）
受診者生年月日		昭和 平成 年 月 日（歳）		昭和 平成 年 月 日（歳）
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号（注参照）に○を付けてください		1. 体外受精 2. 顕微授精 該当する番号に○を付けてください	
今回の治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
日本産科婦人科学会 UMIN個別調査票 登録の有無	有 → 症例登録番号※		無	
領収金額	〔今回の治療にかかった金額合計 ※保険外診療に限る〕 領 収 金 額 円			

※）日本産科婦人科学会UMIN個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。

- （◎1）助成金申請者は、裏面又は別紙に医療機関発行の領収書を貼付してください。
 （◎2）この証明書を鹿児島県外の医療機関が発行するときは、当該医療機関所在地の都道府県市の自治体の長が、特定不妊治療を実施する医療機関として指定したものであることを証明する書類を添付すること。

（注）助成対象となるの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周期の間隔をあげ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

（注）採卵に至らないケース（女性への信襲的治療のないもの）は助成対象となりません。

【県の助成金を受けている方のみ】

交通費・宿泊費の領収書
(様式・書式は問いません)

領収証 No. 例

奄美 花子 様

★ ￥20,000-

但 航空運賃代として
25年4月1日上記正に領収いたしました

(株)△△旅行社

領収証 No. 例

奄美 花子 様

25年 4月 1日

★ ￥6,000-

但
宿泊代として

上記正に領収いたしました

〇〇ホテル