

奄美市不妊治療費等支援事業助成金交付申請書

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		生年月日 及び年齢	年 月 日( 歳)
	住所	〒 電話番号		
配偶者	フリガナ 氏名		生年月日 及び年齢	年 月 日( 歳)
	住所	〒 電話番号 ※申請者と同じ場合は記入不要		
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 <input type="checkbox"/> 一般不妊治療費 <input type="checkbox"/> 不育治療費 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療費		金 _____ 円
		<input type="checkbox"/> 特定不妊治療の旅費等		金 _____ 円
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(給付決定通知等)

(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 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

(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			-				

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費等支援  
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

住 所

名 前

印

【振込先】

\_\_\_\_\_ 銀行・信金・信組・労金・農協

\_\_\_\_\_ 本店・支店 (普通・当座)

本人名義 (カナ) \_\_\_\_\_

口座番号 \_\_\_\_\_

奄美市長 殿

不妊治療受診等証明書

以下のとおり、奄美市不妊治療費等支援事業の対象となる不妊治療を実施し、これによって係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明いたします。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

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		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）
今回の治療方法 （左欄：一般不妊治療） （右欄：特定不妊治療）	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 人工受精 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療（ ） 該当する治療方法に☑を付けて下さい		A B C D E F G 特定不妊治療（体外受精・顕微授精）に関しては 下欄を参照し、該当する記号に○を付けて下さい	
不妊治療期間※1）	年 月 日		～	年 月 日
男性不妊治療期間※1）	年 月 日		～	年 月 日
領収金額	・不妊治療費 領収金額 _____ 円 ・院外処方の有無（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）薬局の領収金額 _____ 円 ・今回の治療にかかった金額の合計額 _____ 円			

※1）特定不妊治療期間については、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記載して下さい。ただし、主治医の医療方針に基づき、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期間と特定不妊治療期間をそれぞれ記載して下さい。

○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、多精子受精などの異常受精等による中止
- 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。

（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）は助成対象となりません。

- G 生殖補助医療の一環として行う、精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術等

※採卵を伴わない凍結胚移植の一環として行うものは対象となりません。

別紙

旅費等の内訳書

	治療 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)			航空機・船				
			航空機・船				
			航空機・船				
			航空機・船				
			航空機・船				
			航空機・船				
			航空機・船				
			航空機・船				
			航空機・船				
合 計							

	治療 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)						
合 計						
交通費と宿泊費の合計						

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

注 2 1円未満は切り捨て

奄美市不妊治療費等支援事業助成金交付申請書

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	あまみ はなこ <b>奄美 花子</b>	生年月日 及び年齢	平成〇年〇月〇日(〇〇歳)
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 <b>奄美市名瀬〇〇町〇〇番〇号</b> 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
配偶者	フリガナ 氏名	あまみ たろう <b>奄美 太郎</b>	生年月日 及び年齢	平成〇年〇月〇日(〇〇歳)
	住所	〒 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 <input checked="" type="checkbox"/> 一般不妊治療費 <input type="checkbox"/> 不育治療費 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療費		※申請者と同じ場合は記入不要 金額は記入しないで下さい ↓ 金 _____ 円
		<input type="checkbox"/> 特定不妊治療の旅費等		↓ 金 _____ 円
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	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(給付決定通知等)

(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 **あまみ たろう**  
**奄美 太郎**

氏名 **あまみ はなこ**  
**奄美 花子**

(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			-				

# 記入例

## 請求書

一金 \_\_\_\_\_ 円

総額	前回までの	今回請求額	未請求額
			円

黒枠内は記入しないでください！！

ただし、令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日付の奄保健弟 \_\_\_\_ 号の奄美市不妊治療費等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

住 所 奄美市名瀬〇〇町〇番〇号

名 前 奄美 花子 ⑨

【振込先】(本人名義)

△△ 銀行 (信金)・信組・労金・農協

〇〇 本店 (支店) (普通) 当座)

本人名義 (カナ) \_\_\_\_\_

口座番号 \_\_\_\_\_

奄美市長 殿

赤枠部分のみ記入

してください。

## 不妊治療受診等証明書

以下のとおり、奄美市不妊治療費等支援事業の対象となる不妊治療を実施し、これによって係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明いたします。

令和〇年〇月〇〇日

**医療機関が全て記入 ※先進医療分は県の補助対象のため、除いて記入して下さい**

医療機関の名称及び所在地 **〇〇クリニック**

主治医氏名 **院長 〇〇 〇〇**

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	<b>あまみ たろう 奄美 太郎</b>	妻	<b>あまみ はなこ 奄美 花子</b>
受診者生年月日		<b>平成〇年〇月〇日(〇〇歳)</b>		<b>平成〇年〇月〇日(〇〇歳)</b>
今回の治療方法 ※特定不妊治療に関しては 右欄までご記入下さい	<input checked="" type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 人工受精 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療（ ） 該当する治療方法に☑を付けて下さい		A <input checked="" type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E <input type="radio"/> F <input type="radio"/> G 特定不妊治療（体外受精・顕微授精）に関しては 下欄を参照し、該当する記号に○を付けて下さい	
不妊治療期間※1)	<b>令和〇年 〇月 〇〇日 ~ 令和〇年 〇月 〇〇日</b>			
男性不妊治療期間※1)	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額	・不妊治療費 領収金額（ <b>先進医療は県補助対象</b> ） <u>120,000</u> 円 ・院外処方の有無（ <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）薬局の領収金額 <u>3,456</u> 円 ・今回の治療にかかった金額の合計額 <u>123,456</u> 円			

※1）特定不妊治療期間については、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記載して下さい。ただし、主治医の医療方針に基づき、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期間と特定不妊治療期間をそれぞれ記載して下さい。

○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、多精子受精などの異常受精等による中止
- 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。  
 （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）は助成対象となりません。
- G 生殖補助医療の一環として行う、精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術等  
 ※採卵を伴わない凍結胚移植の一環として行うものは対象となりません。

	治療 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	R4. 9. 14	R4. 9. 13	航空機・船	奄美→鹿児島	20,000		
		R4. 9. 15	航空機・船	鹿児島→奄美	20,000		
	R4. 9. 26	R4. 9. 25	航空機・船	奄美→鹿児島	19,000		
		R4. 9. 26	航空機・船	鹿児島→奄美	19,000		
	R4. 10. 4	R4. 10. 3	航空機・船	奄美→鹿児島	10,000		
		R4. 10. 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							

	治療 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	R4. 9. 14	9. 13-9/14	○×ホテル	9,000		
	R4. 9. 26	R4. 9. 25	××旅館	6,000		
	R4. 10. 4	10/3-10/4	△△ホテル	5,000		
	合 計					
交通費と宿泊費の合計						

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（離島割引またはパック料金）いずれか料金が低い方

注2 1円未満は切り捨て