

様式第1号（第4条関係）

不妊治療等助成金交付申請書

年 月 日

京丹波町長 様

申請者  
住 所  
氏 名  
電話番号



不妊治療等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

申請の種類	以下のいずれかにチェックしてください。															
	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療	<input type="checkbox"/> 人工授精	<input type="checkbox"/> 不育治療等	<input type="checkbox"/> 先進医療												
	<input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 男性不妊治療													
交付申請額	円															
受療者本人	住 所	(〒 - )														
	(ふりがな) 氏 名	( )	住民となった日	年 月 日												
	個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>														
加 入 医療保険	種 別	国保・健保 船員・共済 そ の 他	保険者 番 号	区 分	本人 ・ 被扶養者											
配 偶 者	住 所	(受療者と異なる場合のみ記載)														
	氏 名		住民となった日	年 月 日												
過去の助成金 受給の有無	1 有	「有」の場合 過去に助成を 受けた自治体 および助成額	自治体	時 期		助成額 (円)										
				年 月												
	2 無			年 月												
				年 月												
同 意 書	人工授精、体外受精、顕微授精、男性不妊治療、先進医療の申請を行う場合、下記のいずれかを提出してください。 (婚姻の届け出をしている夫婦) <input type="checkbox"/> 法律上の夫婦である事を証明できる書類 <input type="checkbox"/> 同意書 (下記に氏名を記入) 本申請の審査に必要な範囲で、住民基本台帳等に関する公簿を閲覧し調査することに同意します。 氏名 (事実上の婚姻と同様の事情にある男女) <input type="checkbox"/> 事実婚関係にある申立書 (様式6号)															
口座振込先	銀 行 信用金庫				支 店 出張所	預金 種別										
	口座番号 (右詰で記入)				(カタカナ) 口座名義	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座										

※ 口座振込先については、原則として申請者が開設する口座を記入してください。

京丹波町長 様

医療機関  
所在地  
名称  
代表者  
電話番号



下記のとおり不妊治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

(ふりがな) 受療者氏名	( )	生年月日	年 月 日	
(ふりがな) 配偶者氏名	( )	生年月日	年 月 日	
病 名 (不妊症の原因疾患名)		不妊治療開始年月日	年 月 日	
年度における診療期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
保険診療に要した総点数	点	保険診療分の本人負担額	円	
本人負担等の内訳	保険診療分		先進医療の 本人負担金額	
	区分	診療点数		負担金額
	年 月分	点	円	円
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
不妊治療の内容	<input type="checkbox"/> タイミング療法 (不妊相談) <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 (内服・注射) <input type="checkbox"/> 腹腔鏡手術 <input type="checkbox"/> その他の手術 ( ) <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 検査 (治療の一環によるものに限る。) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	<input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療			
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 未確認   (薬局の場合は記載不要です)			
妊娠の有無				
特記事項				

様式第2号の2の1（第4条関係）

特定不妊治療医療機関証明書  
（体外受精・顕微授精等）

年 月 日

京丹波町長 様

医療機関

所在地

名称

代表者

電話番号



下記のとおり不妊治療（体外受精、顕微授精、男性不妊治療）を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。  
記

(ふりがな) 受療者氏名		( )		(ふりがな) 配偶者氏名		( )	
受療者生年月日及び今回の治療開始時の年齢		年 月 日 ( 歳)		氏名		年 月 日 ( 歳)	
今回の治療期間(※1)		年 月 日 から		年 月 日 まで			
保険点数及び保険診療分の本人負担額		体外受精・顕微授精		_____点		_____円	
		男性不妊治療		_____点		_____円(※2)	
(一般不妊治療・人工授精を同時に行った場合は、該当する内容について、□にチェック願います。)		<input type="checkbox"/> タイミング療法（不妊相談） <input type="checkbox"/> 腹腔鏡手術 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		<input type="checkbox"/> 排卵誘発法（内服・注射） <input type="checkbox"/> その他の手術（ _____ ） <input type="checkbox"/> 検査（治療の一環によるものに限る。）			
本人負担等の内訳	保険診療分（受療者分のみ記載）						備考
	区分	診療点数	負担金額				
	年 月分	_____点	_____円				
	年 月分						
	年 月分						
今回の治療方法 (該当する番号に○を付けてください。)		A・B・C・D・E・F		(男性不妊治療を行った場合)※2			
		A又はBの場合	1. 体外受精 2. 顕微授精	1. 精巣内精子生検採取法(TESE)又は精子を精巣から採取するための手術 2. 精巣上体内精子吸引法(MESA)又は精子を精巣上体から採取するための手術			
		A、B又はCの場合	妊娠判定(+・-)	精子回収の有無※2 (有・無)			

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の期間を記入してください。ただし、主治医の属する医療機関において男性不妊治療も実施した場合であって、男性不妊治療が採卵準備前に実施されたものであるときは、男性不妊治療を実施した日から治療終了日までの期間を記入してください。

※2 主治医の治療方針に基づき、他の医療機関（指定を受けていない医療機関を含む。）で男性不妊治療を実施する場合は、記入は不要です。その場合は、記入欄に斜線等を引いてください。

- 注1 助成対象となる治療は、次のいずれかに相当するもので、保険適用となるものです。
- 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、胚を凍結し母胎の状態を整えるために1～3周期程度の間隔を空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目的が立たず治療終了
  - E 受精ができず中止又は胚の分割停止、変性、多精子受精等の異常受精等による中止
  - F 採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止
- 注2 採卵準備前に男性不妊治療を実施したが、精子が得られない、又は状態の良い精子が得られないため治療を中止した場合も、助成対象となります。
- 注3 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。

様式第2号の2の2（第4条関係）

男性不妊治療医療機関証明書

年 月 日

京丹波町長 様

医療機関  
所在地  
名称  
代表者  
電話番号



下記のとおり特定不妊治療（男性不妊治療）を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

受療者氏名 (ふりがな)	( )	生年月日	年 月 日	
配偶者氏名 (ふりがな)	( )	生年月日	年 月 日	
病名				
手術日・治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
本人負担等の内訳	保険診療分（受療者分のみ記載）			備考
	区分	診療点数	負担金額	
	年 月分	点	円	
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
内容	<input type="checkbox"/> 精巣内精子生検採取法 (TESE) 又は精子を精巣から採取するための手術 <input type="checkbox"/> 精巣上体内精子吸引法 (MESA) 又は精子を精巣上体から採取するための手術			
体外受精又は顕微授精を実施する医療機関名				
特記事項				

様式第2号の2の3（第4条関係）

不妊治療医療機関（薬局）証明書

年 月 日

京丹波町長 様

保険薬局  
所在地  
名称  
代表者  
電話番号



下記のとおり不妊治療に係る薬剤を処方し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

(ふりがな) 受療者氏名	( )	(ふりがな) 配偶者氏名	( )	
受療者生年月日及び年齢	年 月 日 ( 歳)	氏名	年 月 日 ( 歳)	
調剤日	年 月 日			
保険診療に要した総点数	点	保険診療分の本人負担額	円	
本人負担等の内訳	保険対応分（受療者分のみ記載）		備考	
	区分	診療点数		負担金額
		点	円	
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
特記事項				

様式第2号の2の4（第4条関係）

先進医療 医療機関証明書

年 月 日

京丹波町長 様

医療機関

所在地

名称

代表者

電話番号



下記のとおり先進医療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

受療者氏名 <small>(ふりがな)</small>	( )	生年月日	年 月 日
配偶者氏名 <small>(ふりがな)</small>	( )	生年月日	年 月 日
病名			
手術日・治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
本人負担(領収)額	円		
内容	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 <input type="checkbox"/> タイムラプス撮影法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 <input type="checkbox"/> 子宮内膜菌叢検査 <input type="checkbox"/> その他 < >		
生殖補助医療を実施する医療機関名			
特記事項			

不育治療等医療機関証明書

年 月 日

京丹波町長 様

医療機関

所在地

名称

代表者

電話番号



下記のとおり不育治療等を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

受療者氏名			生年月日	年 月 日
配偶者氏名			生年月日	年 月 日
病 名			治療開始年月日	年 月 日
今回の診療期及び治療等の状	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	<input type="checkbox"/> 終了		<input type="checkbox"/> 治療継続中	
保険診療に要した総	点	保険診療分の本人負担額	円	
本人負担等の内訳	保険診療分			
	区分	診療点数	負担金額	
	年 月分	点	円	
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
検査の内 (保険適用のみ)	<input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 子宮異常 <input type="checkbox"/> その他 ( )	治療の内容 (保険適用のみ)	<input type="checkbox"/> 手術 ( ) <input type="checkbox"/> 投薬 (ヘパリン注射以外) (薬剤名: ) <input type="checkbox"/> ヘパリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
妊娠の有	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 未確認 [薬局の場合は、記載不要です。]			
特 記 事				

注1 食事代、入院費は、助成の対象となりません。  
 2 診療日の翌日から1年以内の申請が必要です。検査から治療終了までの期間が1年を超える場合は、数回に分けて証明してください。  
 3 院外処方がある場合は、医療機関と薬局それぞれに証明書を作成してください。

事実婚関係に関する申立書

下記二名については 年 月 日から事実婚関係にあります  
なお、治療の結果、出生した子について認知を行います。

①申請者の住所、氏名

住所

氏名

②申請者の住所、氏名

住所

氏名

※別世帯になっている理由（①と②が別世帯になっている場合に記入）

---

---

---

---

---

申立日 年 月 日

京丹波町長 様