

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。 ☐ 一般不妊治療 ☐ 人工授精 ☐ 不育治療等 ☐ 先進医療 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 ☐ 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"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></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）													
	2 無			年 月																
				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) ☐ 法律上の夫婦である事を証明できる書類 ☐ 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) ☐ 事実婚関係にある申立書（様式3号）																			
口座振込先			銀 行 信用金庫					支 店 出張所	預金 種別	☐ 普通 ・ ☐ 当座										
	口座番号 (右詰で記入)							(カタカナ) 口座名義												

※ 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。

様式第2号の1（第4条関係）

一般不妊治療等医療機関等証明書

年 月 日

京丹波町長 様

医療機関 ※1

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 ※2 (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			
	年 月分			
	不妊治療の内容 ※2	☐ タイミング療法（不妊相談） ☐ 排卵誘発法（内服・注射） ☐ 腹腔鏡手術 ☐ その他の手術（ ） ☐ 人工授精 ☐ 検査（治療の一環によるものに限る。） ☐ その他（ ）		
☐ 先進医療				
☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 ☐ 男性不妊治療				
妊娠の有無 ※2	☐ 有 ☐ 無 ☐ 治療継続中 ☐ 未確認			
特記事項				

※1 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。

※2 薬局の場合は記載不要です。

様式第2号の2（第4条関係）

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 ☐ 終了 ☐ 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)	☐ 免疫異常 ☐ 内分泌異常 ☐ 夫婦染色体異常 ☐ 子宮異常 ☐ その他 ()	治療の内容 (保険適用のみ)	
妊娠の有	☐ 有 ☐ 無 ☐ 治療継続中 ☐ 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。

特別な理由及び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（婚姻関係・事実婚関係）にありますが、
特別な理由により別世帯となっています。

事実婚関係の場合は、治療の結果、出生した子については認知を行います。

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 _____

③別世帯となっている特別な理由

申立日 年 月 日

京丹波町長 様