

相馬市不妊・不育治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

相馬市長 様

住所

申請者

氏名

印

相馬市不妊治療・不育治療費助成金の交付を受けたいので、相馬市不妊治療・不育治療費助成事業実施要綱第 6 条の規定により、助成金の交付を申請（請求）します。

|               |     |                                                                                                                                                                               |                     |              |     |      |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------|-----|------|
|               |     | (ふ り が な)                                                                                                                                                                     | 続柄                  | 生 年 月 日 (年齢) |     |      |
|               |     | 氏 名                                                                                                                                                                           |                     |              |     |      |
| 申請者           | 氏 名 |                                                                                                                                                                               | 夫・妻                 | 年 月 日 ( 歳)   |     |      |
|               | 住 所 | 〒 連絡先電話 自宅 ( ) 携帯 ( )                                                                                                                                                         |                     |              |     |      |
| 配偶者           | 氏 名 |                                                                                                                                                                               | 夫・妻                 | 年 月 日 ( 歳)   |     |      |
|               | 住 所 | 〒 連絡先電話 自宅 ( ) 携帯 ( )                                                                                                                                                         |                     |              |     |      |
| 治療内容          |     | <input type="checkbox"/> 不妊治療 [ <input type="checkbox"/> 保険適用外となる治療 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 保険の回数上限又は年齢上限を超過]<br><input type="checkbox"/> 不育治療 |                     |              |     |      |
| 助成申請額         |     | ・当該治療に要した助成対象経費の額 円 (A)                                                                                                                                                       |                     |              |     |      |
|               |     | ・他の自治体等からの当該治療に係る助成額 円 (B)                                                                                                                                                    |                     |              |     |      |
|               |     | ・助成対象経費 (A) - (B) 円 (C)                                                                                                                                                       |                     |              |     |      |
|               |     | ・助成申請額 円 (D)                                                                                                                                                                  |                     |              |     |      |
|               |     | ※助成申請額は千円未満切り捨て、助成申請額 (D) は裏面別紙に定める額を上限とする。                                                                                                                                   |                     |              |     |      |
| 振込先<br>※申請者名義 |     | 金融機関名                                                                                                                                                                         | 銀行・組合・金庫            |              | 支店名 |      |
|               |     | 預金種目                                                                                                                                                                          | 1 普通 2 当座 3 その他 ( ) |              |     |      |
|               |     | 口座番号                                                                                                                                                                          |                     |              |     | 右詰記入 |
|               |     | 口座名義                                                                                                                                                                          | カナ                  |              |     |      |
|               |     |                                                                                                                                                                               | 漢字                  |              |     |      |

|      |                                                                       |      |  |  |  |
|------|-----------------------------------------------------------------------|------|--|--|--|
| 同意書  | 年 月 日                                                                 |      |  |  |  |
|      | 不妊・不育治療費助成金の額算定のため、必要に応じて医療機関・調剤薬局、保険者又は他の自治体への問い合わせを、相馬市が行うことに同意します。 |      |  |  |  |
|      | なお、本申請書の記載事項に相違ありません。                                                 |      |  |  |  |
|      | また、添付しました住民票の写し、市税完納証明書等については、証明日から申請日までに変更はありません。                    |      |  |  |  |
| 夫 氏名 |                                                                       | 妻 氏名 |  |  |  |

注) 太枠の中を記入してください。(裏面あり)

## 別紙

### 1 保険適用外となる治療を受けた場合

|               |                                                                                                                                        |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 と<br>なる治療 | 1 回の治療のうち、保険診療となる治療と保険外診療となる治療を併用することにより、すべてが保険適用外となる生殖補助医療                                                                            |
| 助成金額<br>(上限額) | 1 回の治療につき、治療ステージ（注）A、B、D、E の場合 15 万円まで。<br>C、F の場合は 5 万円まで。<br>生殖補助医療を行うにあたり、精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術を併せて行った場合は、上記に加え、1 回の治療につき 15 万円まで。 |

### 2 先進医療を受けた場合

|               |                                                                              |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 と<br>なる治療 | 保険診療として実施される生殖補助医療と併用して実施される先進医療<br>※1 回の治療全てを保険適用外で実施した場合は、先進医療が含まれていても対象外。 |
| 助成金額<br>(上限額) | 先進医療として、厚生労働省が告示した医療技術に要した費用のうち、1 回の治療につき 5 万円まで。                            |

### 3 保険の回数上限又は年齢上限を超過した場合

|               |                                                                                                                                            |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 と<br>なる治療 | 保険診療として実施される生殖補助医療について、保険適用の要件となる回数又は年齢の上限を超えたことにより、すべてが保険適用外となる生殖補助医療                                                                     |
| 助成金額<br>(上限額) | 1 回の治療につき、治療ステージ（注）A、B、D、E の場合 10 万円まで。<br>C、F の場合は 5 万円まで。<br>生殖補助医療を行うにあたり、精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術を併せて行った場合は、上記に加え、1 回の治療につき 10 万円まで助成する。 |

（注）治療ステージ

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 周期程度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、又は胚の分割停止、変性、多精子授精等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