

湯河原町不妊治療費助成申請書

年 月 日

湯河原町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

不妊治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

【対象者】

|          | 夫     | 妻     |
|----------|-------|-------|
| 氏 名      |       |       |
| 生 年 月 日  | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 住 所(※1)  |       |       |
| 電話番号(※2) |       |       |

(※1) 申請者の住所と異なる場合のみご記入ください。  
(※2) 申請者の電話番号と異なる場合や、その他の連絡先（携帯電話等）がある場合にご記入ください。

【申請額等】

|         |                                                                                                                                                                   |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申 請 額   | いずれかをチェックの上、ご記入ください。<br><input type="checkbox"/> 先進医療 _____円（上限額10万円）<br><input type="checkbox"/> 自由診療 _____円（上限額10万円）                                            |
| 確 認 事 項 | 次の事項に該当することを確認し、チェックしてください。<br><input type="checkbox"/> 同一の治療期間において、他の自治体から同様の助成は受けていません。<br><input type="checkbox"/> 申請額に、神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業による治療費は含まれていません。 |

|     |         |                             |                             |                        |  |
|-----|---------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------|--|
| 振込先 | 金融機関名   | 銀行<br>信用金庫<br>農協<br>( )     |                             | 本店<br>支店<br>出張所<br>( ) |  |
|     | 預 金 種 別 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 当座 | 口座番号                   |  |
|     | ふりがな    |                             |                             |                        |  |
|     | 口座名義人   |                             |                             |                        |  |

【同意欄】

当該申請の審査に際し、住民基本台帳及び町税等の納付状況について、町が公簿等を照会することに同意します。  
また、申請の手続きに際し、虚偽の申請その他不正な行為が判明した場合には助成金を町に返還することに同意します。

(署名) \_\_\_\_\_ (署名) \_\_\_\_\_

## 様式第2号（第8条関係）

（表）

## 不妊治療受診等証明書

年 月 日

湯河原町長 様

実施医療機関 所 在 地

名 称

主治医氏名

㊞

次の者は、特定の不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがない又は極めて少ないと判断したため、次のとおり特定の不妊治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明する。

|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|                                           | 夫                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 妻     |
| 氏 名                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |
| 生 年 月 日                                   | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 年 月 日 |
| 今回の治療方法                                   | 【該当する項目をチェックしてください】 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |
|                                           | 【該当する項目をチェックしてください】（裏面参照）<br><input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F                                                                                                                                                                                                                                                             |       |
|                                           | 【男性の不妊治療を行った場合は手術治療を記載してください】<br>_____ [精子回収] 有 ・ 無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |
| 今回の治療期間<br>（※）                            | 年 月 日 ～                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 年 月 日 |
| 今回の治療への<br>保 険 適 用                        | 【該当する項目をチェックしてください】<br><input type="checkbox"/> 有（保険適用 _____回目）<br><input type="checkbox"/> 無（これまでの保険適用による治療回数 _____回）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |
|                                           | 【保険適用通算1回目の治療開始時の妻の年齢】 _____歳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |
| 今回の先進医療<br>の 内 容<br>[先進医療を実施<br>した場合に記載]  | 【該当する項目をチェックしてください】<br><input type="checkbox"/> P I C S I <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ<br><input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> I M S I<br><input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE） <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法<br><input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（子宮内フローラ） <input type="checkbox"/> S E E T法<br><input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA） <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法<br><input type="checkbox"/> その他（ _____ ） |       |
| 今回の治療に<br>係 る 医 療 費<br>[いずれか該当す<br>る方に記載] | ① 保険診療と先進医療との併用診療<br>（男性不妊治療を併せて実施した場合は、その額も含めて記載してください。）<br>領収額 _____円（うち先進医療に係る額 _____円）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|                                           | ② 自由診療（保険外診療）<br>領収額 _____円（うち助成対象外経費 _____円）<br>（助成対象外経費とは、治療に直接関係のない入院費や凍結胚の管理料等の費用）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |

※ 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の終了日までを記載してください。

ただし、主治医の治療方針に基づき、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日から治療の終了日までを記載してください。

(裏)

助成対象となる治療は、次のいずれかに相応するものです。

- 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途が立たず治療終了
- 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、又は状態の良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、又は状態の良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。

※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。

事実婚に関する申立書

年 月 日

湯河原町長 様

(申立人)

住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

私たちは、婚姻の届出をしていませんが、事実上婚姻関係と同様の事情にある夫婦であることに相違ありません。

なお、不妊治療の結果、出生した子については、必ず認知を行います。

第 年 月 日 号

様

湯河原町長 印

湯河原町不妊治療費助成金交付等決定通知書

年 月 日付けで申請のありました湯河原町不妊治療費助成金の交付について、次のとおり決定しましたので通知します。

|           |                                                             |
|-----------|-------------------------------------------------------------|
| 決 定 内 容   | <input type="checkbox"/> 交 付 <input type="checkbox"/> 不 交 付 |
| 助 成 金 額   | 円                                                           |
| 振 込 予 定 日 | 年      月      日                                             |
| 不交付の理由    |                                                             |

第 年 月 日 号

様

湯河原町長 印

湯河原町不妊治療費交付決定取消通知書

年 月 日付けで交付決定しました助成金については、次のとおり取り消しましたので通知します。

| 交 付 取 消 額 | 円 |
|-----------|---|
| 理 由       |   |