

体外受精・顕微授精のための遠方通院支援事業助成金交付申請書

年 月 日

いわき市長 様

申請者	続柄	(フリガナ)			生年月日	年 月 日	生 年 月 日	生 年 月 日	生 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 夫	氏名			月日	()	()	()	()	
	<input type="checkbox"/> 妻	住所	〒		電話	()				
配偶者	続柄	(フリガナ)			生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 夫	氏名			月日	()	()	()	()	
	<input type="checkbox"/> 妻	住所	〒		電話	()				
申請者と配偶者が未婚の場合			<input type="checkbox"/> 上記2名は事実婚関係にあります。 別世帯の理由 ()							
通院した医療機関 (男性不妊治療を除く)	医療機関名									
	住所									
	基準額	円	通院回数	回	申請額	円				
通院した医療機関 (男性不妊治療分)	医療機関名	<input type="checkbox"/> 同上								
	住所	<input type="checkbox"/> 同上								
	基準額	円	通院回数	回	申請額	円				
振込先口座 (申請者名義のもの)	金融機関	銀行・農協・労金 信用組合・信用金庫				金融機関 コード				
		本店・営業部 支店・出張所				支店 コード				
	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号						
	(フリガナ) 口座名義人	()								
同意欄 (自署又は 記名押印)	私（申請者）及び配偶者は、本助成の審査に必要な場合は、住民基本台帳による居住期間等の確認、他自治体に対し本申請に係る情報の照会及び提供、並びに医療機関に対する治療内容等の照会を行うことについて同意します。 【申請者】 【配偶者】									
市記入欄	添付書類	<input type="checkbox"/> 医療機関の発行した生殖補助医療に係る領収書及び明細書 <input type="checkbox"/> 振込先金融機関の口座が確認できる通帳等の写し <input type="checkbox"/> (事実婚の場合) 両人の戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他 ()								
	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	助成内容 (上限8回)	回	円	決定日	年 月 日	振込予定日	年 月 日	年 月 日	

※ 裏面もあります。

通院状況確認表

	回数	受診日	市記入欄			
			本市への 住民登録	領収書等 の確認	助成 対象	
妻 (男性不妊治療分を除く)	治療の種類※ (A・B・C・D・E・F)	1	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		6	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		8	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		9	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		10	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		11	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		12	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
申請額	基準額	円× 回 (上限8回 ※1) =			円 (表面に記載)	

※治療の種類 (G、H (排卵前に中止となった場合 (卵胞が発育しない、体調不良) は対象外)

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、又は状態のよい卵が得られないため中止

	回数	受診日	市記入欄			
			本市への 住民登録	領収書等 の確認	助成 対象	
夫 (男性不妊治療分)		1	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		6	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		8	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
申請額	基準額	円× 回 (上限8回 ※2) =			円 (表面に記載)	

注意

- 1 申請は生殖補助医療の一連の治療過程終了後に行ってください。
- 2 助成対象となるのは※1と※2を合わせて8回まで
- 3 治療期間に該当するのは採卵準備又は胚移植を行うための投薬開始から妊娠確認まで (治療計画作成を行った場合は作成の日を含む)
- 4 診察を行わない薬や処方箋の受け取りや、カウンセリングのみの通院は助成対象外
- 5 男性不妊治療は、精子を精巣または精巣上体から採取するための手術に限る。
(手術の結果、精子が得られない・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対象)