

御前崎市特定不妊治療費助成金交付申請書

平成 年 月 日

御前崎市長 様

住所  
申請者  
氏名 ⑩  
電話 ( )

特定不妊治療費助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

夫	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 ( )歳
妻	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 ( )歳
夫婦一方の住所が申請者の住所と異なる場合は、その住所を記入	〒 電話 ( )	
指定医療機関名		
他の地方公共団体による補助の有無	有 (補助制度の名称: ) 無	
過去に受けた本市の助成の有無	有 ( 年度) ・ 無	

添付書類

- 1 特定不妊治療受診等証明書(様式第2号)
- 2 夫及び妻の戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書  
(外国籍を有する者にあつては、外国人登録原票記載事項証明書)
- 3 特定不妊治療を受けた指定医療機関発行の領収書
- 4 他の地方公共団体による補助金の額を証明する書面

受給者番号		当年度 助成回数	回	通算	年目
-------	--	-------------	---	----	----

特定不妊治療受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込がないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

平成 年 月 日

指定医療機関の  
名称及び所在地

主治医氏名 ㊟

指定医療機関記入欄(主治医が記入してください。)

受診者	夫	ふりがな	
		氏名	
		生年月日	年 月 日 ( )歳
	妻	ふりがな	
氏名			
生年月日		年 月 日 ( )歳	
今回の治療方法 (該当する記号又は番号に○をつけてください) ※1		A B C D E F (A又はBの場合・・・ 1 体外受精 2 顕微授精)	
今回の治療経過 ※2			
今回の治療期間		年 月 日～ 年 月 日	
日本産婦人科学会 UMIN 個別調査票登録の有無※3		有 (症例登録番号: ) 無	
領 収 金 額		円 (保険外診療に限る。)	

- ※1 「今回の治療方法」は、下記に該当する記号又は番号に○をつけてください  
(助成対象となる治療は、次のいずれかに相当するものです。ただし、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。)
- 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、又は胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等による中止
  - F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止
- ※2 「今回の治療経過」は採卵、受精、胚移植、妊娠判定等の日程・経過を記入してください。
- ※3 「症例登録番号」は、日本産婦人科学会 UMIN 個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。