

一般不妊治療助成事業申請書

年 月 日

井川町長 様

(請求者)

住所 井川町 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____ () _____

関係書類を添えて次のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

対象者	夫	妻
ふりがな 氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所		
不妊治療自 己負担額	医療機関自己負担分	① 円
	院外処方自己負担分	② 円
	他の法令等による助成金や交付金	③ 円
請求金額	① + ② - ③ 円	
振込先	銀行 金融機関名 本店 ・ 支店 金庫	
	預金種別 (どちらかに ○)	普通 当座 (ふりがな) 口座名義人 ()
	口座番号	左詰で記入

(添付書類)

- (1) 井川町一般不妊治療医療機関証明書
- (2) 医療機関及び薬局発行の領収書
- (3) 夫婦の住民票（住民票で夫婦であることが確認できない場合は戸籍謄本）

一般不妊治療医療機関証明書

下記のものについて、次のとおり一般不妊治療(又はその調剤)を実施し、これに係る医療(調剤)費の本人負担額を徴収したことを証明します。

年 月 日

(医療機関)

所在地

名称

主治医氏名

印

受診者	夫	(ふりがな) 氏名	()	妻	(ふりがな) 氏名	()
		生年月日	年 月 日		生年月日	年 月 日
医療機関における治療開始年月日			年 月 日			
今診療年度(4月～翌年3月)の治療期間			年 月 日 ~ 年 月 日			
院外処方の有無			<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
区分	診療年月	医療機関徴収分			薬局徴収分	
		保険診療		保険診療以外 の本人負担額	院内処方 本人負担額	院外処方 本人負担額 (※町記載欄)
		医療費総額	本人負担額			
本人負担額の内訳	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
小計		①	②	③	④	
今診療年度の不妊治療にかかった金額 (医療機関自己負担分)		⑤ (①+②+③)			円	

※井川町記載欄	不妊治療自己負担額合計(④+⑤)	円
---------	------------------	---

- 備考
1. 当該患者に関して行った、一般不妊検査や治療等に係るもののみご記入下さい。なお、体外受精や顕微授精等の特定不妊治療は除いてください。
 2. 院外処方の有無が「有」の場合、本人から院外処方箋に係る薬局の領収書を添付してもらいますので、本人負担額の内訳欄の薬局徴収分への記入は必要ありません。
 3. 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等直接的な治療費ではない費用は含まないでください。
 4. 「※井川町記載欄」は、町で記載します。