

入善町男性不妊治療費助成申請書

関係書類を添えて、下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

平成 年 月 日

入善町長 殿

申請者	ふりがな 夫の氏名	印	生年月日	年 月 日（ 歳）
	ふりがな 妻の氏名	印	生年月日	年 月 日（ 歳）
	住所※1	〒 入善町 電話		
	住所※2	夫が異なる住所を有する場合 〒 電話		
申請額 金 _____ 円				
確認事項 (必ずどちらかを選択してください)		<input type="checkbox"/> 特定不妊治療費助成事業と同時に申請します。なお、体外受精及び顕微授精に関する不妊治療の申請には、男性不妊に関する治療費を含みません。 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療費助成申請のみ提出します。(採卵前に男性不妊治療を行ったが、精子が採取できずに治療が終了したため)		
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 支所		
	預金種別 口座番号	普通 当座		
	ふりがな 口座名義人			
私たちは、入善町男性不妊治療費助成金の交付要件の確認のため、入善町長が住民基本台帳及び町税等に関する公簿を閲覧し、及び調査することに同意します。 氏名 夫 印 妻 印 (申請者欄と同じ印鑑で押印してください。)				

注) 太枠内をご記入ください。

※1：夫婦の住所を記入する。

※2：単身赴任等で夫の住所が異なる場合に記入する。

【添付書類】

- ① 入善町男性不妊治療費助成事業受診証明書
- ② 医療機関発行の領収書・明細がわかるもの（原本）
- ③ 夫の住所が異なる場合は、戸籍謄本（発行後3か月以内のもの）

他の助成 受けた 申請中	決定年月日 (交付可・交付不可)	申請受理年月日
--------------------	---------------------	---------

入善町男性不妊治療費助成事業受診証明書

下記の方について、体外受精または顕微授精（以下「特定不妊治療」という。）以外の治療によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療に至る過程の一環として、精子回収術を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

平成 年 月 日

（治療実施医療機関）

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（ ）	妻	（ ）
受診者生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）
○今回の治療内容（男性不妊治療について、該当する記号に○をつけてください） A 精巣内精子生検採取法（TESE） B その他精巣上体内精子吸引採取法（MESA）等				
今回の治療期間※ （男性不妊治療のみ）	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日			
○体外受精・顕微授精実施医療機関と治療状況 ※男性不妊治療と特定不妊治療を別の医療機関で実施する場合は①～③を記入 ※男性不妊治療と特定不妊治療を同じ医療機関で実施する場合は③を記入 ① 所在地 _____ ② 医療機関名称 _____ ③ 特定不妊治療機関 平成 年 月 日～平成 年 月 日 ※採卵前に男性不妊治療を行ったが、精子が採取できずに治療が終了した場合は空欄				
○精子回収の有無（有・無）				
領収金額	（今回の男性不妊治療にかかった金額の合計※保険外診療に限る） 領収金額 円			

※ この受診証明書は、男性不妊治療を実施した医療機関の医師が記入してください。

※ 治療開始とは、精巣内精子生検採取法を行うための投薬開始等をした日とします。

男性不妊治療のうち、助成対象となる治療は以下のとおりです。

- ・ 特定不妊治療に至る過程の一環として行う精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術。
- ・ 指定医療機関又は指定医療機関から紹介等を受けた医療機関での治療に限る。