

様式第1号(第6条関係)

那珂市不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

那珂市長 様

標記助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

申請者	住所	那珂市			
	電話番号				
		夫	妻		
	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年 月 日	年 月 日		
	年齢	()歳	()歳		
助成申請額 ※保険外診療自己負担額	金 _____ 円 ※75,000円と自己負担額を比較して低い方の額				
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
備考	<input type="checkbox"/> 初回申請 <input type="checkbox"/> 2回目以降の申請(回目)				
【添付書類】 <input type="checkbox"/> 那珂市不妊治療費助成事業受診等証明書 <input type="checkbox"/> 医療機関の発行する領収書及び診療明細書の写し			受理年月日	年 月 日	
			決定年月日	年 月 日 (承認・不承認)	
交付決定 決裁欄	課長	課長補佐 (総括)	グループ長	担当	窓口受理者

様式第2号(第6条関係)

那珂市不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療及び先進医療以外の治療法によって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、特定不妊治療及び先進医療を実施し、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。

年 月 日

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(※主治医が記入してください)

(フリガナ) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日		年 月 日
今回の治療法 ※1 助成対象となる治療は右記に該当するもの。 ※2 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。	実施した治療に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。			
	<input type="checkbox"/> A新鮮胚移植を実施 <input type="checkbox"/> 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、母体の健康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) <input type="checkbox"/> C以前に凍結した胚による胚移植を実施 <input type="checkbox"/> D体調不良等により移植のめどが立たず治療終了 <input type="checkbox"/> E受精できず、または、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 <input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精
今回の治療法 ※1 助成対象となる先進医療は右記に該当するもの。 ※2 先進医療として告示された治療・技術である。	実施した治療・技術に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。			
	<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI) <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査(EMMA・ALICE) <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激胚移植法(SEET法) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査(ERA・ERPeak) <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ) <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別(IMSI) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査(子宮内フローラ検査) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法 <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法 <input type="checkbox"/> その他、先進医療として告示されている治療及び技術 { }			<input type="checkbox"/> 先進医療
妊娠の有無	有・無			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
日本産婦人科学会UMIN個人識別表登録の有無	有 → 症例登録番号※			無
領収金額	[今回の治療にかかった金額合計 * 保険外診療に限る] 円			

※ 日本産婦人科学会UMIN個人調査票に登録した症例登録番号を転記してください。

様式第3号(第6条関係)

那珂市不妊治療費助成事業受診等証明書[男性不妊治療用]

下記の者については、男性不妊治療を実施し、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。

年 月 日

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(※主治医が記入してください)

(フリガナ) 受診者氏名	()	
受診者生年月日	年 月 日	
今回の治療法	[実施した手術療法を記載してください]	[精子回収の有無] 1.有 2.無
今回の治療期間※	年 月 日 ~ 年 月 日	
領収金額	[今回の治療にかかった合計金額 *保険外診療に限る] 男性不妊治療費 円	
備考		

※ 治療期間については、男性不妊治療手術を行った日を記載してください。

様式第5号(第8条関係)

那珂市不妊治療費助成金交付請求書

年 月 日

那珂市長 様

住所
氏名

印

那珂市不妊治療費助成金を、下記のとおり請求します。

記

1 請求額 _____ 円

2 振込先口座

金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ 口座名義			