

様式第1号（第6条関係）

福崎町特定不妊治療費助成事業申請書兼請求書

年 月 日

福崎町長 様

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。
 この申請に係る審査のために、町が以下のことを行うことに同意します。
 (1) 戸籍、住民票等の確認をすること。
 (2) 町税等町の徴収金の納付状況の確認をすること。
 (3) 他の自治体における同種の助成金の交付の有無の確認をすること。

申請者 (※1)	夫	フリガナ 氏名	-----	昭和・平成		
				年 月 日生 (歳)		
	妻	フリガナ 氏名	-----	昭和・平成		
				年 月 日生 (歳)		
	住所	福崎町		TEL		
	住所	福崎町		TEL		
申請金額		円 (※2)				
前回申請 年 月 日 (※前回申請後 年 月 日に出産または死産) 回目申請 (助成制度利用後出産または死産した場合はそれ以降の申請回数) (※3)						
<input type="checkbox"/> 申請する特定不妊治療について、他の公費負担医療制度による助成を受けていない。 (兵庫県の先進医療費助成を除く) (※4)						
振込先	金融機関	銀行・金庫 信組・農協		本・支店 本・支所 出張所	預金 種別	普通 当座
	口座番号 (右詰記入)	-----	(フリガナ) 口座名義 (※5)	-----		
(承認・不承認) 決定年月日		年 月 日	助成決定額	円		

注) 太枠の中をご記入ください。
 ※1) 夫婦の住所が異なる場合は、両者の住所を記入してください。(夫婦の住所が異なる場合は、福崎町内で夫と妻が異なる住所を有する場合をいいます。) また、住所が異なる場合や事実婚の場合は、別途、戸籍抄本等の書類が必要になります。詳しくはお問い合わせください。
 ※2) 申請額は1回あたり5万円(治療区分Cについては2万5千円)、男性不妊治療を行った場合は別途5万円を助成します。(治療区分Cを除き、医療保険が適応される特定不妊治療に限ります。)
 ※3) 助成の回数の上限については、初めて助成を受ける治療の開始日の妻の年齢が40歳未満の方は1子ごとに6回まで、40~42歳の方は1子ごとに3回までとなります。
 (例: 助成申請を2回した後に第1子出産。その後、再度、不妊治療を受けて助成申請した場合には、申請回数を1回目から計上することとして扱います。)
 なお、死産した場合も「1子」として取り扱います。その場合は死産届の写しまたは母子健康

手帳（出産時の児の状態がわかるページに医師が記入していること）を添えて申請することにより、助成の回数について、1回目からの計上とすることができます。

※4）他の公費負担医療制度による助成を受けている場合は、申請することができません。（ただし、兵庫県不妊治療にかかる先進医療費助成金交付要綱による助成事業に限り併用することができます。）

※5）振込口座の名義人については、申請者のうちどちらかの個人名義を記入してください。申請者両方が上記振込先への助成金の振り込みに同意したものとみなします。

- （添付書類） （1）福崎町特定不妊治療受診等証明書（様式第2号）
（2）事実婚の場合は、その旨の申出書

（注）助成対象となる治療は次のいずれにかに相当するものです。

- A 新鮮胚移植を実施
- B 排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周期程度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（自然妊娠により治療終了した場合は含まない）
- 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
- Z 主治医の治療方針に基づき、採卵前に男性不妊治療を行ったが、精子が採取できず治療を中止した場合、男性不妊治療後、採卵した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した場合は、男性不妊のみ助成の対象となります。