

様式第 1 号(第 5 条関係)

立山町特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

立山町長 様

申請者  
住 所 立山町  
氏 名  
電 話 ー

㊞

下記のとおり立山町特定不妊治療費の助成金交付を受けたいので申請します。

診療を受けた者の氏名		生 年 月 日	
夫 の 氏 名		年 月 日生 ( 歳)	
妻 の 氏 名		年 月 日生 ( 歳)	

- (注)・当該特定不妊治療費(体外受精・顕微授精)に係る領収書を添付すること。  
 ・加入保険証の写しを添付すること。  
 ・富山県特定不妊治療費助成事業受診証明書を添付すること。

加入保険等から規定等により当該治療費自己負担分の給付がある場合	円
---------------------------------	---

※申請者本人名義の振込先(口座)をご記入ください。

振 込 先	口座振替 指定金融機関	銀行 金庫 農協		本店 支店			
	指 定 口 座	1 普通 2 当座	口座番号(左詰で記入)				
	フリガナ						
	口 座 名 義						

様式第2号(第5条関係)

立山町男性不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

立山町長 様

申請者

住 所 立山町

氏 名

電 話 ー

印

下記のとおり立山町男性不妊治療費の助成金交付を受けたいので申請します。

診療を受けた者の氏名		生 年 月 日	
夫の氏名		年 月 日生 ( 歳)	
妻の氏名		年 月 日生 ( 歳)	

(注)・男性不妊治療に係る領収書を添付すること。

・加入保険証の写しを添付すること。

・富山県男性不妊治療費助成事業受診証明書を添付すること。

加入保険等から規定等により当該治療費自己負担分の給付がある場合	円
---------------------------------	---

※申請者本人名義の振込先(口座)をご記入ください。

振 込 先	口座振替 指定金融機関	銀行 金庫 農協		本店 支店			
	指 定 口 座	1 普通 2 当座	口座番号(左詰で記入)				
	フリガナ						
	口 座 名 義						

立山町特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

立山町長 様

申請者 住所 立山町

氏名

印

電話

—

下記のとおり立山町特定不妊治療費の助成金交付を受けたいので申請します。

診療を受けた者の氏名		生 年 月 日	
夫の氏名		年 月 日生 ( 歳)	
妻の氏名		年 月 日生 ( 歳)	

医 療 機 関 記 入 欄

診療を受けた者の氏名			
体外受精・顕微授精に係る診療期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
診療額(食事療養費は除く)	特定不妊治療のうち体外受精又は顕微授精に係る保険適用外の自己負担金	円	
○今回の治療方法(該当する記号に○をつけてください) 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終了 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 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 (注) 採卵に至らないケース(女性への侵襲的治療の少ないもの)は助成対象となりません。			A または B の場合 〔 1 体外受精 2 顕微授精 該当する番号に ○をつけてください。 〕
○今回の治療状況等(該当するところに○をつけてください) 妊娠反応(有・無) 胎嚢の確認(有・無・不明) 合併症(採卵時の腹腔内出血・感染・卵巣過剰刺激症候群・子宮外妊娠、無)			
○男性不妊治療(※1)実施の有無(該当するところに○をつけてください) (有・無)			
年 月 日 上記のとおり特定不妊治療(体外受精・顕微授精)をされたことを証明します。 *いずれかに○をつける (治療実施医療機関) 医療機関の名称及び所在地  医師名  印			

(※1) 本書における「男性不妊治療」とは、特定不妊治療に至る過程の一環として行う精子回収術(精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術)。保険外診療に限る。

加入保険等から規定等により当該治療費自己負担分の給付がある場合	円
---------------------------------	---

振込先	口座振替 指定金融機関	銀行 金庫 農協	本店 支店
	指定口座	1 普通 2 当座	口座番号(左詰で記入)
	フリガナ		
	口座名義		

(注)・当該特定不妊治療費(体外受精・顕微授精)に係る領収書及び加入保険証の写しを添付すること。  
 ・男性不妊治療費の助成を併せて申請する場合は、男性不妊治療費に関する治療費を除いたものを記載すること。

立山町男性不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

立山町長 様

申請者

住 所 立山町

氏 名

㊦

電 話

—

下記のとおり立山町男性不妊治療費の助成金交付を受けたいので申請します。

診療を受けた者の氏名		生 年 月 日
夫の氏名		年 月 日生 ( 歳)
妻の氏名		年 月 日生 ( 歳)

医 療 機 関 記 入 欄

診療を受けた者の氏名			
○今回の治療方法	該当する記号に○をつけて下さい ※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。ただし保険外診療に限る。 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法 (MESA) 等	○領収金額	今回の男性不妊治療にかかった金額合計 領収金額 _____ 円 ※保険外診療に限る
○今回の治療機関 ※(男性不妊治療のみ)	年 月 日～ 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③を記入 ① 所在地 ② 医療機関名称 ③ 特定不妊治療期間 年 月 日 ～ 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)		
年 月 日 上記のとおり男性不妊治療をされたことを証明します。 ※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 (治療実施医療機関) 医療機関の名称及び所在地 主治医師名 _____ 印			

加入保険等から規定等により当該治療費自己負担分の給付がある場合	円
---------------------------------	---

振込先	<input type="checkbox"/> 座 振 替 指定金融機関	銀行 金庫 農協	本店 支店
	指 定 口 座	1 普通 2 当座	口座番号(左詰で記入)
	フ リ ガ ナ		
	口 座 名 義		