様式第１（第５条関係）

岩倉市一般不妊治療費助成事業申請書

年　　月　　日

岩　倉　市　長　殿

申　請　者
住　　所

氏　　名

電話番号

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

記

		（ふりがな） 氏　　名	生年月日
対象者	夫	（　　）	年　月　日生（　　歳）
	妻	（　　）	年　月　日生（　　歳）
	住所（※１）	〒　　－ 電話　　（　　）	
	住所（※２）	〒　　－ 電話　　（　　）	
	加入医療保険 （夫）	【種別】市町村国保･組合国保･健保･共済･その他（　　） 【保険者番号】（　　）　【区分】本人･被扶養者	
	加入医療保険 （妻）	【種別】市町村国保･組合国保･健保･共済･その他（　　） 【保険者番号】（　　）　【区分】本人･被扶養者	
申　請　額		金　　円	（本人負担額の 1/2 で、１年度上限４万５千円）
申請診療期間		年　　月診療分から　　年　　月診療分	

・ 過去にこの助成金を受けたことがありますか。
　ない　・　ある　→　過去（　　）回受けた。　（　　）年（　　）月頃
・ 内容を確認の上、□にチェックしてください。
　□一般不妊治療費の助成に必要な住民基本台帳に関する情報について閲覧することについて同意します。
　□一般不妊治療受診等証明書の内容について医療機関等に照会することに同意します。
　□付加給付の内容について加入保険者等に照会することに同意します。

申請受理年月日		（承認・不承認） 決定年月日	
受給者番号		助成決定金額	

注）太枠の中をご記入ください。
※１：夫婦の住所を記入する。
※２：単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入する。
（添付書類）１．一般不妊治療費助成事業受診等証明書、領収書（原本）、請求書
２．法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類又は、事実婚関係にある男女については、治療当事者両人が重婚でないか証明できる書類（戸籍謄本）、事実婚関係に関する申立書
３．住所地を証明する書類（住民票）
＊ただし同意により確認が取れる場合は、２～３の添付が必要ない場合もあります。
◎申請の際に、健康保険証、加入する医療保険の保険者から交付された資格情報のお知らせ若しくは資格確認書又はマイナポータルからダウンロードした資格情報画面等をご提示ください。

様式第２（第５条関係）

岩倉市一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療を実施し、これに係る医療（調剤）費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の名称
所在地
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

（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）
貴医療機関における治療開始年月日		年　月　日		
今回の治療期間		年　月　日　～　年　月　日		

	区　分	医療機関徴収分		薬局徴収分
		保険診療分①	保険診療以外分②	本人負担額③
		本人負担額①	本人負担額②	
本人負担額の内訳	年　３月分	円	円	円
	年　４月分	円	円	円
	年　５月分	円	円	円
	年　６月分	円	円	円
	年　７月分	円	円	円
	年　８月分	円	円	円
	年　９月分	円	円	円
	年１０月分	円	円	円
	年１１月分	円	円	円
	年１２月分	円	円	円
	年　１月分	円	円	円
	年　２月分	円	円	円
	合計金額	円	円	円

〔今回の治療にかかった金額合計〕

領収金額　　円（上記本人負担額①～③の合計額となります。）

注１　当該患者に関して行った不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く）に係るもののみご記入ください。
２　院外処方が有る場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
３　文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。

様式第２の２（第５条関係）

事実婚関係に関する申立書

年　　月　　日

下記二名については、事実婚関係にあります。

①一般不妊治療費助成事業申請者の住所、氏名

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

②一般不妊治療費助成事業申請者の住所、氏名

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※別世帯になっている理由

（①と②が別世帯となっている場合には記入）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

岩倉市長　殿

様式第３（第６条関係）

岩健発第　　号
年　　月　　日

様

岩倉市長

岩倉市一般不妊治療費助成事業承認決定通知書

年　　月　　日付けで申請がありました　　年度の一般不妊治療費の助成について、下記金額を助成することを決定しましたので通知いたします。

助成額　　金　　円
（助成対象診療期間　　年　　月から　　年　　月診療分）

様式第４（第６条関係）

岩健発第　　号
年　　月　　日

様

岩倉市長

岩倉市一般不妊治療費助成事業不承認決定通知書

　　年　　月　　日付けで申請がありました　　年度の一般不妊治療費の助成について、不承認となりましたので通知いたします。

不承認とした理由　　のため

様式第５（第７条関係）

岩倉市一般不妊治療費助成事業請求書

年　　月　　日

岩　倉　市　長　殿

請　求　者
住　　所

氏　　名
（口座名義人と同一）
電話番号

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費の助成を請求します。

記

		（ふりがな） 氏　　名	生年月日
対象者	夫	（　　）	年　月　日生（　　歳）
	妻	（　　）	年　月　日生（　　歳）
	住所（※１）	〒　　－ 電話　　（　　）	
	住所（※２）	〒　　－ 電話　　（　　）	

振込先	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	（ふりがな） 口座名義人 （請求者と同一）	（　　）					
	口座番号								（左詰記入）
請求額	金　　円								

申請受理年月日		（承認・不承認） 決定年月日	
受給者番号			

注）太枠の中をご記入ください。
※１：夫婦の住所を記入する。
※２：単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入する。