

岩倉市不妊治療先進医療費助成事業申請書兼請求書

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不妊治療先進医療費の助成を申請します。

今回の治療について、必要な範囲内で他の自治体や医療機関等へ照会することや、他の自治体からの交付状況について照会があった場合に情報提供することに同意します。また、偽りその他不正な手段等により助成を受けていると判明した場合には、返還の義務があることについても同意します。

記

ふりがな		夫の		
夫の氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	
ふりがな		妻の		
妻の氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	
(夫婦等の一方の住所が申請者の住所と異なる場合は、その異なる住所を記入)		〒	電話番号	
交付申請 (請求) 額 ※	円	※先進医療に係る保険外診療費用の合計に 10分の7を乗じた額(1円未満は切捨てた額) 又は5万円の低い方の額		
1. 今回の治療について、他の自治体で助成を受けたことがありますか。(申請中を含む) ☐ はい → 自治体名 () ☐ いいえ 2. 本申請により市が入手する個人情報に関し、本助成金の目的の範囲内で使用することを了承しますか。 ☐ はい ☐ いいえ 3. 市が、助成金交付に係る審査のために必要な住民基本台帳等の閲覧及び医療機関への確認をすることを了承しますか。 ☐ はい ☐ いいえ 4. 今回の治療で妊娠しましたか。 ☐ はい ☐ いいえ				
振込先	金融機関名		本支店名	
	口座種別		口座番号	
	フリガナ 口座名義人			

【添付書類】

- 不妊治療先進医療費助成事業受診等証明書
- 医療機関が発行した領収書
- 夫婦等の住所を証明する書類
- 夫婦等であることを証明できる書類(事実上婚姻関係と同様の事情にある者にあつては、事実婚関係に関する申立書、治療当事者双方が重婚でないか証明できる書類及び同世帯であるか証明できる書類)
- その他市長が必要と認める書類

署名(夫)

署名(妻)

岩倉市不妊治療先進医療費助成事業受診等証明書

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

当医療機関は先進医療を実施する保険医療機関として承認されている医療機関であり、次の受診者について、厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準（平成20年厚生労働省告示第129号）に定める先進医療の対象となる負傷、疾病又はそれらの症状に該当し、かつ、保険診療の生殖補助医療と併用して先進医療を実施しており、以下のとおり先進医療に係る保険適用外診療費用を領収したことを証明します。

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

	夫	妻		
ふりがな				
受診者氏名				
受診者生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)		
今回の治療期間 (保険診療を含む。)	年 月 日 ～ 年 月 日 (治療計画の作成日) (妊娠判定日又は今回の不妊治療の中止の判断をした日 等)			
実施した治療・技術 ※1 TRIO 検査を実施した場合は、(5)(6)の両方に☑してください。 ※2 (2)(4)(7)について、複数回実施した場合は、【】に合計実施回数を記入し、()に2回目以降の実施日及び領収金額を記入してください。	今回実施した治療・技術に☑を入れ、実施日及び領収金額を記入してください。 【注】(1)～(11)までの他に、新しく告示された治療・技術を実施した場合は、(12)に記入してください。			
	先進医療治療・技術		実施日	領収金額
	(1) ☐ 子宮内膜刺激術(SEET 法)	年 月 日	円	
	(2) ☐ タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 【 回】()	年 月 日	円	
	(3) ☐ 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)	年 月 日	円	
	(4) ☐ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI) 【 回】()	年 月 日	円	
	(5) ☐ 子宮内膜受容能検査1(ERA) ☐ 子宮内膜受容能検査2(ERPeak)	年 月 日	円	
	(6) ☐ 子宮内細菌叢検査1(EMMA, ALICE)	年 月 日	円	
	(7) ☐ 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(IMSI) 【 回】()	年 月 日	円	
	(8) ☐ 二段階胚移植術	年 月 日	円	
	(9) ☐ 子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ検査)	年 月 日	円	
	(10) ☐ 膜構造を用いた生理学的精子選択術 (マイクロ流体技術を用いた精子選別)	年 月 日	円	
	(11) ☐ 着床前胚異数性検査(PGT-A)	年 月 日	円	
	(12) ☐	年 月 日	円	
治療費 (領収金額)	先進医療に係る保険外診療費用の合計 円			
保険適用 治療回数	保険適応対象回数： 3回 ・ 6回 今回の回数： 回目			

【注意事項】

- ・令和8年4月1日以後に実施した先進医療について、記入してください。
- ・先進医療以外に係る費用は助成の対象となりません。
- ・1回の治療において複数回行った先進医療に係る費用を分けて申請することはできません。
- ・医師の判断に基づき、妊娠確認前に当該治療計画を中止した場合は、申請可能です。

年 月 日

岩倉市長 殿

事実婚関係に関する申立書

下記双方については、事実婚関係にあります。

① 岩倉市不妊治療先進医療費助成事業対象者の住所、氏名

住所

氏名

② 岩倉市不妊治療先進医療費助成事業対象者の住所、氏名

住所

氏名

※別世帯になっている理由

（①と②が別世帯になっている場合のみ記入）

署名（夫）

署名（妻）

第 年 月 日
号

様

岩倉市長

岩倉市不妊治療先進医療費助成事業承認決定（却下）通知

年 月 日付けで申請があった岩倉市不妊治療先進医療費助成について
下記のとおり決定しましたので、岩倉市不妊治療先進医療費助成事業実施要綱第6条第1項の規定
により通知します。

記

審査結果	
交付金額	金 円
却下の理由	