

不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

不育症治療費に対する助成を受けたいので、加東市不育症治療費助成事業実施要綱第6条の規定により申請します。なお、申請に当たり、次の事項について同意します。

- 1 審査に必要な範囲で、住民票の確認を行うこと。
- 2 従前の住所地の自治体での助成の有無の確認を行うこと。

記

	(ふ り が な) 氏 名	生 年 月 日	
夫	()	年 月 日 生 (歳)	
妻	()	年 月 日 生 (歳)	
住所(※1)	〒	電話 ()	
住所(※2)	〒	電話 ()	
申 請 者 氏 名 _____ 申 請 額 金 _____ 円 年 月 日 <div style="text-align: right;">加東市長 様</div>			
振 込 先 (※3)	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 ()
	口座番号		(左詰記入)
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
受給者番号			

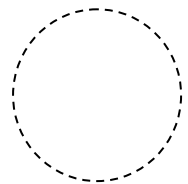
注1) 太枠の中をご記入ください。

- ※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に記入する。
- ※3：口座名義人は申請者の個人名義であること。

注2) 申請期限、助成要件等があるので、あらかじめご確認ください。

- (添付書類) 1. 不育症治療受診等証明書(様式第2号)
 2. 領収書(受診等証明書の領収年月日及び領収金額と一致するもの)

市受付印



不育症治療受診等証明書

下記の者については、流産・死産の既往が2回以上あることから、不育症の検査及び治療を行いました。つきましては、保険適用外の医療費を下記のとおり領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

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

（ふりがな） 受診者氏名	（ ）	生年 月日	年 月 日（ 歳）
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
領収金額合計 （※1）	¥ _____ 円（※2の合計と一致すること）		

※1：領収金額の一致する治療期間内の領収書を別途添付してください。

院外処方等で、別途費用が発生する場合は、薬局において「不育症治療支援事業受診等証明書（薬局用）」を作成することとなりますので、当該費用の記載は不要です。

【実施した保険適用外の検査及び治療】

区分	項目	実施の有無	金額（※2）
検査 （一次スクリーニング）	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピンβ ₂ グルコプロテインI（CLβ ₂ GPI）複合体抗体	
		抗カルジオリピン（CL）IgG抗体	
		抗カルジオリピン（CL）IgM抗体	
		ループスアンチコアグラント	
	夫婦染色体検査		
検査 （選択的検査）	抗リン脂質抗体	抗PEIgG抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体）	
		抗PEIgM抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体）	
		抗PS/P T抗体（抗フォスファチジルセリン依存性抗プロトロンビン抗体）	
		ネオ・セルフ抗体（抗β ₂ GPI/HLA-D R抗体）	
	凝固因子検査	第XII因子活性	
		プロテインS活性又はプロテインS抗原	
		プロテインC活性又はプロテインC抗原	
		APTT（活性化部分トロンボプラスチン時間）	
検査	絨毛染色体検査		
治療	低用量アスピリン療法		
	ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射療法及びヘパリノイド（ダナパロイドナトリウム）を使用するものを含む。）		

不育症治療受診等証明書（薬局用）

下記の者については、主治医の処方に基づき、不育症の治療に係る保険適用外の薬剤費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

薬局の名称及び所在地
代表者名

薬局記入欄

(ふりがな) 氏名	()	生年 月日	年 月 日 (歳)
領収月日	年 月 日 ~ 年 月 日		
領収金額合計 (※1)	¥ _____ 円 (※2の合計と一致すること)		

※1：領収金額の一致する領収期間内の領収書を別途添付してください。

【処方した保険適用外の薬剤費】

区分	項目	実施の有無	金額 (※2)
治療	低用量アスピリン療法		
	ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射療法及びヘパリンノイド（ダナパロイドナトリウム）を使用するものを含む。）		