

様式第1号

沼田町先進不妊治療費用助成事業申請書

年 月 日

沼田町長 様

住所 沼田町 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

先進不妊治療費の助成を申請いたします。  
本申請に係る検査又は治療の実施内容に関して医療機関等に照会すること  
について同意します。

氏名	夫	妻	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( ) 歳	昭和・平成 年 月 日 ( ) 歳	
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 ( ) 回受けたことがある。 助成を受けた自治体名 ( ) 助成を受けた時期 ( )			
申請額	治療費 円 / 交通費 円 (通院 回)		
	文書料 円	合計	円
振込先	金融機関名 店名	種類	口座番号
	口座名義人		

(注) 申請者と口座名義人は同一としてください。

同意書

私たちは、沼田町先進不妊治療費助成金の交付要件の確認のため、沼田町長が住民基本台帳及び町税等に関する公簿を閲覧し、調査することに同意します。

氏名 (夫) \_\_\_\_\_ (妻) \_\_\_\_\_

(注) 夫婦両方の署名が必要です。

沼田町先進不妊治療費用助成事業受診等証明書

下記の者については、先進医療技術となっている不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴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

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者名 受診者 生年月日	夫	( )	妻	( )
		昭和 平成 年 月 日 ( 歳)		昭和 平成 年 月 日 ( 歳)
今回の治療法 (注1)	先進医療A	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 (SEET法) <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ) <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1 (ERA) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1 (EMMA/ALICE) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2 (子宮内フローラ) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2 (子宮内膜受容期検査) (ERpeak) <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 (IMSI) <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 (Zymot)		
	先進医療B	<input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法 <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査		
今回の治療期間 (注2)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
領収金額	治療にかかった金額合計 (※保険外診療に限る)			
	先進医療分	領収金額 _____ 円		
	文書料	領収金額 _____ 円		

(注1) 治療方法については、厚生労働省が先進医療技術として公表されているものであるため、増減することがあります。

(注2) 治療期間については、治療計画を作成した日から妊娠確認日までを記載してください。