

別記様式第1号（第6条関係）

上富良野町先進不妊治療費等助成申請書（ 回目）

令和 年 月 日

上富良野町長 様

申請者 住所 上富良野町

氏名（署名） _____

次のとおり助成を受けたいので、上富良野町先進不妊治療費等助成要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

ふりがな 氏名	夫	ふりがな	生年月日	昭・平 年 月 日（ 歳）
			電話番号	
	妻	ふりがな	生年月日	昭・平 年 月 日（ 歳）
			電話番号	
住所	〒 上富良野町			
住所※ 夫・妻	※夫婦の住所が異なる場合に記入し、住民票を添付してください。 〒			
助成申請額	治療費： 円		交通費： 円	
振込先口座	金融機関	支店名		
	口座番号	口座名義		(カナ)
先進不妊治療費等助成申請にあたり、上富良野町が住民基本台帳情報を確認すること、上富良野町町税等の滞納者に対する行政サービスの制限措置等に関する条例第7条に基づき納税状況を確認すること、医療機関又は医療保険者へ利用状況を照会することに同意します。また、必要に応じ他の市町村に対しこの申請に関する情報を照会し、または提供することについて同意します。				
署名（夫）		署名（妻）		

※ここから下は記入しないでください。

町 使 用 欄	受付印	確認事項 申請回数 新規・継続（ 回目／初回申請日 令和 年 月 日） 住民登録 夫：町内・町外 妻：町内・町外 婚姻 法律婚・事実婚 医療保険 夫：国保・協会けんぽ・共済 妻：国保・協会けんぽ・共済 他市町村での助成 なし・あり（ ）		
	町民生活課 町税吏員確認	確認日 令和 年 月 日 職氏名	滞納の有無 有・無 納税誓約の有無 有・無 承認 する・しない	

先進不妊治療受診等証明書

上富良野町長 あて

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医氏名

（自署又は記名押印）

次のとおり先進医療として告示されている不妊治療を保険診療と併用して実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

ふりがな 受診者氏名				
受信者生年月日	夫	年 月 日（ 歳）	妻	年 月 日（ 歳）
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日 <small>治療開始日 ～ 治療終了日（妊娠判定日又は治療を中止した日）</small>			
上記治療期間中に保険診療と併せて実施した先進医療の内容				
実施した先進医療に✓をつけてください。			実施日（開始日）	受診者負担額
	子宮内膜刺激術（SEET法）		月 日	円
	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養		月 日	円
	子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）		月 日	円
	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）		月 日	円
	子宮内膜受容能検査1（ERA）		月 日	円
	子宮内膜受容能検査2（ERPeak）		月 日	円
	子宮内細菌叢検査1（EMMA/ALICE）		月 日	円
	子宮内細菌叢検査2（子宮内フローラ検査）		月 日	円
	強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術		月 日	円
	二段階胚移植術		月 日	円
	膜構造を用いた生理学的精子選択術 <small>（マイクロ流体技術を用いた精子選別）</small>		月 日	円
	その他（ ）		月 日	円
先進医療にかかった費用の合計				円
特記事項				

別記様式第3号（第6条関係）

事実婚に関する申立書

上富良野町長 様

次の2人は事実婚関係にあることを申し立て、治療の結果出生した子について認知します。

氏名（署名）		
住 所	〒	〒 ※同一の場合は記入不要
別世帯の理由	※住民票の世帯が別の場合に記載してください。	

※ 両人の戸籍謄本を添付してください。

別記様式第4号（第7条関係）

上富良野町先進不妊治療費等助成金交付（不交付）決定通知書

年 月 日

様

上富良野町長 齊藤 繁

年 月 日付けで申請のあった助成金交付について、次のとおり決定しましたので通知します。

記

交付決定額 円 （ 回目分）

※申請内容に虚偽又は不正があった場合は、助成金の返還を命ずる場合があります。

（交付決定額が申請額と異なる理由）

（不交付決定の理由）