

第 1 号様式（第 6 条関係）

阿武町不育治療費助成事業申請書（兼請求書）

関係書類を添えて下記のとおり不育治療費の助成を申請します。

(太枠の中をご記入ください)

|                                                                                                                                            |                                                      |                                              |                 |     |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------|-----|--------|
|                                                                                                                                            | (ふりがな)<br>氏 名                                        | 生 年 月 日                                      |                 |     |        |
| 夫                                                                                                                                          | ( )                                                  | 年 月 日( 歳)                                    |                 |     |        |
| 妻                                                                                                                                          | ( )                                                  | 年 月 日( 歳)                                    |                 |     |        |
| 住 所                                                                                                                                        | 〒 電話 ( )                                             |                                              |                 |     |        |
| 住 所<br>(夫婦の住所が異なる場合)                                                                                                                       | 住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合<br>〒 電話 ( )      |                                              |                 |     |        |
| 加入医療保険<br>(夫)                                                                                                                              | 【種別】 国保・健保・船員・共済・その他 ( )<br>【保険者番号】 ( ) 【区分】 本人・被扶養者 |                                              |                 |     |        |
| 加入医療保険<br>(妻)                                                                                                                              | 【種別】 国保・健保・船員・共済・その他 ( )<br>【保険者番号】 ( ) 【区分】 本人・被扶養者 |                                              |                 |     |        |
| 過去に山口県または山口県内の他の市町から不育症治療費の助成を受けたことがありますか。<br><input type="checkbox"/> 不育症治療費の助成を受けたことがない。<br><input type="checkbox"/> 不育症治療費の助成を受けたことがある。 |                                                      |                                              |                 |     |        |
| 助成を受けた時期                                                                                                                                   | 年 月                                                  | 年 月                                          | 年 月             | 年 月 | 年 月    |
| 助成金額 (円)                                                                                                                                   |                                                      |                                              |                 |     |        |
| 関係書類を添えて、不育症治療費の助成を申請します。                                                                                                                  |                                                      |                                              |                 |     |        |
| 申請者氏名 (夫) (妻)<br>(夫及び妻が自署)                                                                                                                 |                                                      |                                              |                 |     |        |
| 医療保険各法の規定による医療に関する                                                                                                                         |                                                      |                                              |                 |     |        |
| 申請金額 金 円 給付額 円                                                                                                                             |                                                      |                                              |                 |     |        |
| 年 月 日 阿武町長 様                                                                                                                               |                                                      |                                              |                 |     |        |
| 振<br>込<br>先                                                                                                                                | 金融機関名                                                | 銀行 ・ 金庫 本店 ・ 支店 ・ 支所<br>農協 ・ 漁協 出張所 ・ 本所 ・ 店 |                 |     |        |
|                                                                                                                                            | 預金の種類                                                | 普通・当座                                        | (ふりがな)<br>口座名義人 |     |        |
|                                                                                                                                            | 口 座 番 号                                              |                                              |                 |     | (右詰記入) |

|         |       |                       |       |
|---------|-------|-----------------------|-------|
| 申請受理年月日 | 年 月 日 | (承認・不承認)<br>決 定 年 月 日 | 年 月 日 |
| 受給者番号   |       |                       |       |

- 添付添書
- 1 不育症治療費助成事業医療機関等証明書（医療機関の発行する領収書を添付）
  - 2 不育症治療費調剤証明書（保険薬局で投薬を受けた方のみ）
  - 2 治療期間中に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
  - 3 治療期間中及び申請時に住民票など住所を確認できる書類
  - 4 町税の滞納がないことの証明書（納税証明書）
  - 5 その他町長が必要と認める書類

阿武町不育症治療費助成事業医療機関証明書

年 月 日

阿武町長 あて

(医療機関)  
住 所  
名 称  
医 師 名  
電話番号

下記のとおり、不育症治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。

|                        |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |
|------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| (ふりがな)<br>受診者氏名        | 夫 | ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 生年月日 年 月 日 |
|                        | 妻 | ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 生年月日 年 月 日 |
| 不育症の検査及び治療を<br>必要とした理由 |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |
| 今回の治療期間                |   | 年 月 日から 年 月 日 まで<br>※申請年度の 4 月 1 日から当該年度の 3 月末までを対象とします                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |
| 検査・治療内容                |   | 該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。<br><input type="checkbox"/> 止血・補体検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 染色体検査<br><input type="checkbox"/> 自己抗体検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> 抗血小板療法<br><input type="checkbox"/> 抗凝固療法 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> 免疫抑制療法<br><input type="checkbox"/> 投薬 ( )<br><input type="checkbox"/> 手術 ( )<br><input type="checkbox"/> その他の検査 ( )<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |            |
| 今回の領収金額（注1）            |   | 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| 特記事項（注2）               |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |

(注1) 領収金額は、医療保険適応の有無にかかわらず、不育症治療に関する検査料および治療費について記載してください。ただし、入院時の差額ベッド代、食事代など直接治療に関係ないものおよび山口県不育症検査費助成事業の対象となる検査にかかる費用は含まれません。

(注2) 処方せんを交付された場合は、処方せん交付日、薬剤名、投薬日数を特記事項欄に明記してください。特記事項欄の記入に代えて、処方せんの写しを添付していただいても構いません。

阿武町不育症治療費調剤証明書

年 月 日

阿武町長あて

(薬 局)  
住 所  
名 称  
薬剤師名  
電話番号

下記のとおり、処方せんに基づいて調剤した薬剤を交付し、これに係る医療費を領収したことを  
証明します。

|                |                  |   |
|----------------|------------------|---|
| (ふりがな)<br>患者氏名 | ( )<br>男 ・ 女     |   |
| 患者生年月日         | 年 月 日            |   |
| 処方せん<br>交付医療機関 | 医療機関名            |   |
|                | 所 在 地            |   |
|                | 医 師 名            |   |
|                | 交付年月日            |   |
| 調剤内容           | 調剤年月日            |   |
|                | 調 剤 名            |   |
|                | 投 薬 日 数          |   |
|                | 領 収 金 額<br>(※ 1) | 円 |

※ 1) 領収金額は、医療保険適の有無にかかわらず、不育症治療に関する治療費として  
ください。

注) 処方せん交付医療機関及び調剤内容欄の記入に代え、調剤済印を押印した処方せんの  
写しを添付することも可とします。ただし、処方せんの写しに記載されていない項目は  
必ず記載してください。