

記入例

様式第1号（用紙 日本産業規格A4縦型）

受給者番号						
-------	--	--	--	--	--	--

(記入不要)

不妊治療費（先進医療）補助金交付申請書

令和〇年〇月〇日

静岡県知事

様

〒123-4567

住所 〇〇市〇〇 〇丁目〇番〇号

申請者 マンション名〇〇〇〇号室

氏名 静岡 花子

電話 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

不妊治療費（先進医療）補助金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

今回の治療について、必要な範囲内で医療機関等へ照会することや、他の自治体から本県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補助金の交付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。

申請書の日付
時点の年齢

記

ふりがな	しずおか たろう	夫の	〇年〇月〇日	
夫の氏名	静岡 太郎	生年月日 (年齢)	(〇〇歳)	
ふりがな	しずおか はなこ	妻の	〇年〇月〇日	
妻の氏名	静岡 花子	生年月日 (年齢)	(〇〇歳)	
(夫妻一方の住所が申請者の住所 異なる場合は、その異なる住所を記)	受診等証明書（様式第2号）の 領収金額から計算（別紙参考）	電話	()	
交付申請額※	〇〇,〇〇〇 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円未満切り捨て） または5万円の低い方		
今回の治療について、他の自治体で補助金の交付を受けたことがありますか。（申請中を含む） <input type="checkbox"/> はい → 自治体名 () <input checked="" type="checkbox"/> いいえ				
口座振替先	金融機関名	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
	口座種別	普通・当座	口座番号	1234567
	口座名義人	シズオカ ハナコ		

- 【添付書類】 1 不妊治療費（先進医療）受診等証明書（様式第2号）
2 夫及び妻の住民票（発行後3か月以内のもの）
3 夫及び妻の戸籍謄本又は戸籍全部事項証明書（発行後3か月以内のもの）
ただし、外国人にあつては、公の機関が発行した婚姻の状況が確認できる書類
4 不妊治療（先進医療）を受けた医療機関発行の領収証の写し
5 事実婚関係に関する申立書（様式第3号）（事実婚の場合に限る。）
6 その他知事が必要と認める書類

【申請期限】 治療が終了した日の属する年度内に必要書類をご提出ください。（1月から3月に終了した場合は翌年度の6月末まで）

【留意事項】 不妊治療費（先進医療）助成事業は、県が行う審査を経て決定するものであり、申請書を受理したことにより補助金の交付を保証するものではありません。また、申請件数が補助予定件数を超えた場合、申請期間内であっても受付を終了することがあります。

申請者と同じ

(別紙) 交付申請額の計算方法

様式第2号 (用紙 日本産業規格A4縦型)

受給者番号						(記入不要)
-------	--	--	--	--	--	--------

不妊治療費 (先進医療) 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、先進医療告示において規定された適応症に該当し、かつ、保険診療の生殖補助医療と併せ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外診療費用を徴収したことを証明します。

医療機関記入欄 (主治医が記入すること)

	夫	妻
ふりがな		
受診者氏名		
受診者生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
一連の治療期間 (保険診療を含む)	年 月 日 ~ (治療計画の作成日)	年 月 日 (妊娠判定日また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、①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)~(12)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、(13)に記入してください。	
	(1) <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 (SEET 法)	実施日: 年 月 日 領収金額: 円
	(2) <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 【 回】 ()	実施日: 年 月 日 領収金額: 円
	(3) <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ)	実施日: 年 月 日 領収金額: 円
	(4) <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICS1) 【 回】 ()	実施日: 年 月 日 領収金額: 円
	(5) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 1 (ERA) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 2 (ERPeak)	実施日: 年 月 日 領収金額: 円
	(6) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 1 (EMMA, ALICE)	実施日: 年 月 日 領収金額: 円
	(7) <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態学的精子選択術 (IMSI) 【 回】 ()	実施日: 年 月 日 領収金額: 円
	(8) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術	実施日: 年 月 日 領収金額: 円
	(9) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 2 (子宮内フローラ検査)	実施日: 年 月 日 領収金額: 円
	(10) <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法	実施日: 年 月 日 領収金額: 円
	(11) <input type="checkbox"/> 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)	実施日: 年 月 日 領収金額: 円
	(12) <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査 (PGT-A)	実施日: 年 月 日 領収金額: 円
(13) <input type="checkbox"/>	実施日: 年 月 日 領収金額: 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	

【注意事項】

- ・令和6年4月1日以降に終了した治療について、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。
- ・一連の治療のうち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。ただし、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。

「先進医療に係る保険外診療費用の合計」が…

例1 : 50,000 円の場合

50,000 × 7/10 = 35,000 円 → 交付申請額 35,000 円

例2 : 100,000 円の場合

100,000 × 7/10 = 70,000 円 → 交付申請額 50,000 円 (上限)