

## 記入時注意事項

様式第1号（第4条関係）

（表面）

（宛先）

岩国市長 様

年 月 日

一般

## 一般不妊治療費助成金交付申請書

必ずボールペンで記入してください。鉛筆など消せるものは不可。

けたいので、次のとおり申請します。

申請金額 金 記入不要 円

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日			
夫	( )	年	月	日	( 歳)
妻	( )	年	月	日	( 歳)
住所(※1)	〒 (電話 )				
住所(※2) (夫・妻)	〒 (電話 )				
加入医療保険 (夫)	【種別】国保・健保・船員・共済・その他 ( ) 【区分】本人・被扶養者 【保険者番号】( )				
加入医療保険 (妻)	【種別】国保・健保・船員・共済・その他 ( ) 【区分】本人・被扶養者 【保険者番号】( )				
過去に岩国市又は山口県内の他の市町から一般不妊治療費の助成を受けたことがありますか。					
<input type="checkbox"/> 一般不妊治療費の助成を受けたことはない。					
<input type="checkbox"/> 一般不妊治療費の助成を受けたことがある。					
助成を受けた自治体					
助成を受けた時期	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
助成金額(円)					
この申請を行うに当たり、市の職員が助成を決定するために必要な私及び配偶者の住民基本台帳の記録及び所得金額を公簿により確認すること並びに助成事業の決定に必要な情報を各関係機関に確認することに同意します。また、助成事業の事務等において必要なときは、転入前・転出後の市町に、助成についての照会又は情報提供をすることに同意します。					
なお、以上の内容については、私の配偶者の承諾を得ています。					
氏名 _____					
※申請者本人の自署又は記名押印					

※1 夫婦の住所を記入する。

※2 夫婦の住所が異なる場合に記入する（住所が異なる場合、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいいます。）。

（添付書類）

- (1) 一般不妊治療費医療機関等証明書（様式第2号）
- (2) 医療機関及び薬局が発行する領収書等
- (3) その他市長が必要と認める書類

申請者どちらか(夫または妻)の氏名を記入してください。

市記入欄			
申請受理年月日	年 月 日	(交付・不交付) 決定年月日	年 月 日
受給者番号			

# 記入時注意事項

様式第2号（第4条関係）

（産婦人科又は泌尿器科を標榜する医療機関用）

一般

一般不妊治療費医療機関等証明書

年 月 日

①この証明書は、不妊治療を受けた医療機関で記入してもらってください。

②この制度は医療保険適用の治療費が対象となりますので、夫婦それぞれ必要です。

※ただし、夫婦どちらかの治療費が3万円を超える場合は、もう一人の証明書の提出は不要です。

（医療機関）所在地  
名称  
代表者  
電話番号

申請する年度の  
3月31日までです。

保険診療に要した総点数は、本人負担分の点数を記入してください。

（ふりがな） 受診者氏名		（ [受診者氏名][病名] 妻の不妊治療の内容を証明する場合は妻の名前と女性側の原因疾患を、また夫の内容を証明する場合は夫の名前と男性側の原因疾患を、それぞれ記入してください	
病 名 （不妊症の原因疾患名）			
治療の医学的必要性（※）			
年度における診療期間		年 月 日から 年 月 日まで	
保険診療に要した総点数（※2）		点	
保険診療費負担者負担（領収）額		円	
保険診療に係る検査・		<input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 内視鏡手術 <input type="checkbox"/> 精管吻合術 <input type="checkbox"/> 精巣精管吻合術	
[治療の医学的必要性] 3回目以降の申請の場合は、記入が必要です。		[診療期間] 申請する年度の4月1日から3月31日の治療期間になります。	
<input type="checkbox"/> その他の検査 <input type="checkbox"/> その他の手術 <input type="checkbox"/> その他			
特記事項 （※3）			

※1 貴医療機関において一般不妊治療を行った期間が2年を超える場合及び他の医療機関において一般不妊治療を行った期間を含め治療期間が2年を超える場合に記入してください。

※2 保険診療に要した総点数は、本人負担分の点数を記入してください。

※3 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、処方せんの写しを添付することも可とします。）

# 記入時注意事項

様式第2号（第4条関係）

一般

（薬局用）

一般不妊治療費医療機関等証明書

年 月 日

- ①この証明書は、処方箋に基づいて薬剤の交付を受けた薬局で記入してもらってください。
- ②この制度は医療保険適用の処方箋による調剤が対象となりますので、夫婦それぞれ必要です。
- ※ただし、医療機関の不妊治療費が3万円を超える場合は、薬局の証明書の提出は不要です。

申請する年度の  
3月31日までです。

（薬局）所在地  
名称  
薬剤師名  
電話番号

次のとおり、処方せんに基づいて調剤した薬剤を交付し、被保険者負担額を領収したことを証明します。

（ふりがな） 受診者氏名	（ ）	
生年月日	年	月 日
処方せん 交付医療機関	医療機関名	
	所在地	
	医師名	
	交付年月日	年 月 日
調剤内容	調剤年月日	年 月 日
	薬剤名	
	投薬日数	日
	領収金額	円

※ 処方せん交付医療機関欄及び調剤内容欄の記載がない場合は、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、処方せんに記載されていない項目は、必ず記載してください。

【薬剤名】

一般不妊治療費助成事業医療機関等証明書（医療機関）の「投薬」内容と一致させてください。

様式第 5 号（第 4 条関係）

一般不妊治療費助成金請求書

（宛先）  
岩国市長 様

請求者 住 所  
氏 名  
連絡先

一般不妊治療費助成金として、次のとおり請求します。

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

**相手方登録申出書の口座名義人と  
同一の方の氏名**

☐ 請求者の本人確認をしました。

受付担当者： \_\_\_\_\_



# 相手方登録申出書

令和 年 月 日

岩国市長様

岩国市からの支払先口座について、次のとおり申し出ます。

<注意事項>

※請求書等と一致する個人名を記入してください。

※押印は不要です。

※5年間使用がない場合、取消することがあります。

区分	① 新規	2 変更	3 追加	4 廃止
----	------	------	------	------

債権者	住所	〒 740 - 2100 山口 都・道 岩国 市・区 府・県 町・村		
	法人名等 または 個人名	フリガナ イワクニ タロウ 岩国 太郎		
	肩書・代表者名	肩書・代表者名、担当者 氏名は記入不要です。		
	電話番号	( 0827 ) 00 - 0000		

※支払案内サービス 登録の希望	希望します <input checked="" type="checkbox"/>
※口座振込通知書の 電子交付に関する同意	同意します <input checked="" type="checkbox"/>
※メールアドレス	000000000000@000000.jp

※岩国市支払案内サービスを利用して支払明細を確認する事業者または個人(源泉対象者)の方のみ記入をお願いします。

『iwakuni@shiharai-annai.com』からのメールが受信できるように設定

生年月日 (個人登録のみ)	大正 昭和	〇 年 〇 月 〇 日
	平成 令和	

振込先口座(請求者様の口座)を記入してください。  
ゆうちょ銀行の場合、支店名「漢字3文字」口座番号は、通帳でご確認ください。

口座 1	金融機関名	〇〇 銀行・金庫 本店・支店 出張所 農業協同組合 〇〇 本所・支所 ( ) ( ) 代理店	
	預金種目	① 普通預金 2 当座預金 4 貯蓄預金 9 その他 ( )	
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7 口座番号は右づめで記入してください。	
	口座名義人 (カナ)	イワクニ タロウ	

口座 2	用途区分	1 前払金用(工事専用) 2 口座追加	
	金融機関名	銀行・金庫 本店・支店 出張所 農業協同組合 本所・支所 ( ) ( ) 代理店	
	預金種目	1 普通預金 2 当座預金 4 貯蓄預金 9 その他 ( )	
	口座番号		
	口座名義人 (カナ)		

<岩国市記入欄>

所属課欄	受付日	年 月 日	相手方登録番号						
	担当課名	担当者名		電話(内線)番号					

## 一般不妊治療費助成事業同意書

岩 国 市 長 様

令和 年 月 日

住 所 岩国市

氏 名

(請求者の自署又は記名押印)

令和

**記入不要**

日の申請における医療機関等証明書被保険者負担額と領収書金額  
が一致していないことについて、以下のとおり同意します。

☐ 領収書金額が少ない場合

一般不妊治療費の領収書のうち、下記に相当する領収書を紛失しています。

☐ 領収書金額が多い場合

提示した領収書のうち、下記の金額については、一般不妊治療費助成対象に該当する  
治療ではありません。

記

受 診 日

令和 年 月 日

金 額

**記入不要**

円

医療機関名