

必ずボールペンで記載してください。消えるボールペン、修正テープでの修正は不可。

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

（宛先）

岩国市長 様

岩国市不育症検査治療費助成金交付申請書

不育症検査治療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

申請金額 金 円

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
夫		年 月 日 (歳)
妻		年 月 日 (歳)
住所 (※1)	〒	(電話番号)
住所 (※2) (夫・妻)	〒	夫婦の住所が異なる場合に記入 (電話番号)
今年度中に岩国市から不育症検査治療費の助成を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 受けたことはない <input type="checkbox"/> 受けたことがある 私の世帯の状況その他助成事業の決定に必要な情報を取得することに同意します。 氏名		

※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。

（添付書類）

- (1) 不育症検査治療費医療機関証明書（様式第 2 号）
- (2) 不育症検査治療費調剤証明書（様式第 3 号）（不育症検査治療費医療機関証明書の領収金額が 1 年度当たり 20 万円を超えるときは、提出は不要とする。）
- (3) 医療機関及び薬局が発行する領収書
- (4) 事実婚をしている夫婦にあっては、事実婚関係に関する申立書（様式第 4 号）並びに夫及び妻の戸籍謄本
- (5) その他市長が必要と認める書類

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			

様式第2号（第5条関係）

・不育症の検査・治療を受けた医療機関へ、この記入時
注意事項と医療機関証明書に合わせて提出し、記入して
もらってください。

- ・この制度は医療保険適応の有無は問いません。

年 月 日

申請する年度の
3月31日まで

代表者

電話番号

不育症検査治療費医療機関証明書

次のとおり不育症検査治療を実施し、これに係る費用を領収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名	夫		生年 月日	年　　月　　日
	妻			年　　月　　日
不育症の検査 及び治療を必要 とした理由				
今回の診療期間	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで			
今回の領収金額 (※１)	申請する年度の４月１日から３月３１日の検査・治療期間になります。			
検査・治療内容	<input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 止血・補体検査 <input type="checkbox"/> 自己抗体検査 <input type="checkbox"/> 染色体検査 <input type="checkbox"/> 抗血小板療法 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> 抗凝固療法 <input type="checkbox"/> 免疫抑制療法 <input type="checkbox"/> 漢方療法 <input type="checkbox"/> 投薬（　　　　　　　　　　　） <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(※２)				

※1 領収金額は、医療保険適用の有無にかかわらず、不育症治療に関する検査料及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、食事代その他の直接治療に関係のないもの及び山口県不育症検査費助成事業の対象となる検査に係る費用は含まれません。

※2 処方せんを交付された場合は、処方せん交付日、薬剤名及び投薬日数を特記事項欄に記入してください。（特記事項欄の記入に代えて、処方せんの写しを添付することも可とします。）

様式第 3 号（第 5 条関係）

（宛先）
岩国市長 様

年 月 日

申請する年度の
3 月 3 1 日まで

（薬局）所在地
名称
薬剤師名
電話番号

不育症検査治療費調剤証明書

次のとおり処方せんに基づいて調剤した薬剤を交付し、これに係る費用を領収したことを証明します。

<div>・調剤証明書は、処方せんに基づいて薬剤の交付をうけた薬局へ、この記入時注意事項と合わせて提出し、記入してもらってください。</div> <div>・この制度は医療保険適用の有無は問いませんが、処方せんによる調剤が対象です。</div> <div>※医療機関の不育症検査治療費が 20 万円を超える場合は調剤証明書の提出は不要です。</div>		
処方せん 交付医療機関	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	不育症検査治療費助成事業医療機関証明書（医療機関）の「投薬」内容と一致させてください。
	投薬日数	
	領収金額（※）	円

※ 領収金額は、医療保険適用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。

※ 処方せん交付医療機関欄及び調剤内容の記入に代えて、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。

不育症検査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

相手方登録申出書の口座
名義人と同一の方の氏名

不育症検査治療費助成金として、次のとおり請求します。

請求金額

記入不要

円

☐ 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	0 年 0 月 0 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	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	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						

不育症検査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 _____ 印 _____

(夫又は妻の自署又は記名押印)

連絡先 _____

記入不要

令和 年 月 日の申請における医療機関証明書又は調剤証明書の領収金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

不育症検査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、不育症検査治療費助成対象に該当する検査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