

## 白石町不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

白石町長 様

申請者 住所  
氏名

白石町不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。  
なお、助成対象となった不妊治療に関して実施医療機関に照会することについて同意します。  
また、当申請に関し、不正行為等が発覚した場合、いかなる処分を受けても異議を申し立てません。

助成対象者	夫	妻
ふりがな 氏名		
住所	〒	〒 ※夫婦の住所が同じ場合は、記入不要
生年月日	年 月 日( 歳)	年 月 日( 歳)
電話番号	— —	— —
今回の治療 の結果	妊娠成立 ・ 妊娠不成立 ・ 不明	
保険適用外となる 不妊治療に要した費用	※受診等証明書に記載された金額と同額であること。	
	人工授精	円
	余剰胚凍結保存	円
	凍結胚移植	円
	体外受精・顕微授精	円
男性不妊治療	円	
白石町にお ける過去の 助成実績 (令和4年 度以降)	1回目 年 月交付決定 2回目 年 月交付決定 3回目 年 月交付決定 4回目 年 月交付決定 5回目 年 月交付決定	

○添付書類（該当する番号を○で囲んでください）

- 白石町不妊治療費助成事業に係る受診証明書
- 領収書
- 明細書
- 住民票謄本(続柄及び本籍の記載のあるもの。個人番号(マイナンバー)の記載は不要。)
- 戸籍の全部事項証明書(謄本)。※必要な方のみ(別表第2参照)
- 町税等の滞納のない証明書(夫婦2人分)
- 誓約・同意書
- 申立書

○その他必要なもの

- 預金通帳又はそのコピー
- 請求書(様式第4号)

(白石町役場受理日)

※お預かりした個人情報厳重に管理し、白石町不妊治療費助成事業申請のために使用します。  
上記の場合を除き、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

人工授精・体外受精・顕微授精の治療ステージと助成対象範囲

治療内容	採卵まで						胚移植						余剰胚の凍結保存※2	助成対象範囲		
	(自然周期で行う場合もあり) 薬品投与(点鼻薬)	(自然周期で行う場合もあり) 薬品投与(注射)	精子の注入	採卵	採精(夫)	受精 (前培養・媒精(顕微授精)・培養)	新鮮胚移植		凍結胚移植			(胚移植のおおむね2週間後) 妊娠の確認				
							胚移植	黄体期補充療法	胚凍結	(自然周期で行う場合もあり) 薬品投与	胚移植				黄体期補充療法	
平均所要日数	14日	10日	1日	1日	1日	2~5日	1日	10日		7~10日	1日	10日	1日	1回		
1	A 人工授精							※1				※1	※1			
	B 新鮮胚移植による余剰胚凍結															
	C 凍結胚移植による余剰胚凍結※3															
2	A 新鮮胚移植を実施															
	B 凍結胚移植を実施※3															
	C 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施															
	D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了															
	E 受精できずまたは、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等により中止															
	F 採卵したが卵が得られない、又状態のよい卵が得られないため中止															
	G 卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止															
H 採卵準備中、体調不良等により治療中止																

※1 必ずしも必要ではないが、人工授精で治療として認められる項目

※2 新鮮胚移植又は凍結胚移植の治療で採取された余剰胚を凍結した場合

※3 採卵・受精後、1~3周期の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの当初からの治療方針に基づく治療を行った場合

※採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態の良い精子が得られないため治療を中止した場合又は、精子は得られたがG及びHにより治療を中止した場合も男性不妊治療は助成の対象となります。この場合の 当該治療の終期は、主治医が当該治療を終了したと判断した日となります。