

白石町不妊治療支援事業補助金交付申請書

年 月 日

白石町長 様

白石町不妊治療支援事業補助金交付要綱第5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、佐賀県等が行った不妊治療支援事業又は佐賀県不妊治療支援（はじめまして赤ちゃん応援）助成による助成金の交付状況及び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。

申請者	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	— —	— —										
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 体外受精・顕微授精 円 男性不妊治療 円											
過去の 助成実績	佐賀県における過去の助成実績は該当する欄に○印を、佐賀県以外の自治体における過去の助成実績は該当する欄に自治体名を記入してください。											
	年度											
	佐賀県											
	佐賀県以外											

○添付書類

- ・ 佐賀県不妊治療支援事業に係る受診等証明書の写し又は佐賀県不妊治療支援（はじめまして赤ちゃん応援）助成に係る受診等証明書の写し
- ・ 佐賀県不妊治療支援助成承認決定通知書又は佐賀県不妊治療支援（はじめまして赤ちゃん応援）助成に係る承認決定通知書の写し
- ・ 領収書の写し
- ・ 住民票謄本(続柄、筆頭者の記載のあるもので、個人番号(マイナンバー)の記載がないもの)
- ・ 戸籍謄本 ※必要な方のみ(別表第2参照)
- ・ 町税等の滞納のない証明書
- ・ 誓約・同意書

○その他必要なもの

- ・ 印鑑、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 は 厳重に管理し、白石町不妊治療支援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。

(裏面)

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				採精(夫)	受精 (前培養・媒精(顕微授精)・培養)	胚移植				妊娠の確認 (胚移植のおおむね2週間後)	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			新鮮胚移植		胚凍結 (自然周期で行う場合もあり) 薬品投与	凍結胚移植			
							胚移植	黄体期補充療法		胚移植			黄体期補充療法
1	人工授精						※1			※1	※1		
2	A	新鮮胚移植を実施											
	B	凍結胚移植を実施※2											
	C	以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施										助成対象	
	D	体調不良等により移植のめどが立たず治療終了										助成対象	
	E	受精できず又は、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										助成対象	
	F	採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止										助成対象	
	G	卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止										対象外	
	H	採卵準備中、体調不良等により治療中止										対象外	

※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 B: 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。