

医療機関院長 様

和歌山県 印南町長

## 印南町一般不妊治療費助成事業について（依頼）

平素は、本町の保健衛生業務に格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて標記事業である「いなみ子宝サポート事業」について、以下のとおりよろしくお願い申し上げます。

### 記

#### \* 助成内容

助成額 1年度あたり上限15万円（連続する2年間）

※第2子以降の治療についても助成可能

申請に必要な書類

①受診等証明書 別添様式において証明をよろしくお願ひします。

※院外処方有りの場合、薬局名を院外処方の有無欄余白に記載してください。

また、薬局での受診等証明書も必要となります。

②申請書、戸籍謄本、住民票、夫婦の所得証明書、領収書

申請時期 年度毎に申請が必要です。

※治療の時期によって申請期限が異なります。下記の表をご確認ください。

治療の時期	申請期限
4月～12月まで	治療した年度末まで
4月～翌年1月まで	翌年4月末まで
4月～翌年2月まで	翌年5月末まで
4月～翌年3月まで	翌年6月末まで

申請先 印南町保健センター

印南町保健センター

〒649-1528

和歌山県日高郡印南町西ノ地1285

一般不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

和歌山県日高郡  
印南町長 様

医療機関等  
所在地  
名称  
代表者氏名 印  
電話番号

下記のとおり、一般不妊治療を実施し本人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		男・女	生年月日	年 月 日
貴医療機関における一般不妊治療開始年月日				
年 月 日 ~				
( ) 年度における診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
保険診療に要した総点数	点	保険診療分の本人負担（領収）金額		円
保険診療以外の治療に係る本人負担（領収）金額 (ただし、体外受精及び顕微授精を除く。)				円
本人負担額の内訳	区 分	保険診療分		保険診療以外の本人負担金額
		診療点数	本人負担金額	
	年 4月分	点	円	円
	年 5月分	点	円	円
	年 6月分	点	円	円
	年 7月分	点	円	円
	年 8月分	点	円	円
	年 9月分	点	円	円
	年10月分	点	円	円
	年11月分	点	円	円
	年12月分	点	円	円
	年 1月分	点	円	円
	年 2月分	点	円	円
年 3月分	点	円	円	
治療の内容	<input type="checkbox"/> 不妊症	<input type="checkbox"/> 検査（検査名： _____） <input type="checkbox"/> タイミング療法（不妊相談） <input type="checkbox"/> 薬物療法（内服・注射） <input type="checkbox"/> 手術（ _____） <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> その他（ _____）		
	<input type="checkbox"/> 不育症	<input type="checkbox"/> 検査（検査名： _____） <input type="checkbox"/> 薬物療法（内服・注射） <input type="checkbox"/> 手術（ _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____）		
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し		
妊娠成立の有無	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 未確認	
出産の有無	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 未確認	

- 1 一般不妊治療（不育治療含む）に関する費用についてのみご記入ください。
- 2 入院費、食事代等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。
- 3 治療開始以後、助成を開始した月から2年間助成を受けることができます。
- 4 医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。（薬局が発行する同証明書の添付が必要です。）