

魚津市告示第 9 号

魚津市不育症治療費助成事業実施要綱の一部改正について
魚津市不育症費助成事業実施要綱（平成27年魚津市告示第103号）の一部
を次のように改正する。

令和 7 年 1 月21日

魚津市長 村椿 晃

改正後	改正前
第 1 条 - 第 5 条 （略） （交付の申請） 第 6 条 助成を受けようとする対象者は、治療が終了した日の属する年度内に、魚津市不育症治療費助成金交付申請書（様式第 1 号）に次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。 （ 1 ） ・ （ 2 ） （略） <u>（ 3 ）</u> （略） 第 7 条 - 第 9 条 （略） 様式第 1 号（第 6 条関係） 【別記 1】 様式第 2 号（第 6 条関係） 【別記 2】	第 1 条 - 第 5 条 （略） （交付の申請） 第 6 条 助成を受けようとする対象者は、治療が終了した日の属する年度内に、魚津市不育症治療費助成金交付申請書（様式第 1 号）に次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。 （ 1 ） ・ （ 2 ） （略） <u>（ 3 ） 不育症治療等を受けた者に係る健康保険証等の写し</u> <u>（ 4 ）</u> （略） 第 7 条 - 第 9 条 （略） 様式第 1 号（第 6 条関係） 【別記 1】 様式第 2 号（第 6 条関係） 【別記 2】

様式第 1 号（第 6 条関係）

魚津市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

魚津市長 宛
〒
申請者 住所
氏名
(電話番号) -

魚津市不育症治療費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

氏 名		生 年 月 日 (この申請における検査・治療開始日の年齢)	
夫		年 月 日 (歳)	
妻		年 月 日 (歳)	
住所(申請者同一世帯でない場合)		(夫・妻)	
医療機関での不育症検査又は治療に係る 自己負担額		円	
上記による不育症検査又は治療に係る 院外処方薬局自己負担額		円	
合 計		円	
治療を受けた人の健康保険の資格情報 (保険名称) (保険者番号)		() ()	
助成金の 振込先 (口座は申請者 のものである こと)	金融機関名	支店名	
	預金種別	1普通 2当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		
魚津市長 宛 この申請に必要な要件を確認するため、住民基本台帳の状況を調査することに同意しま す。 夫氏名 _____ 妻氏名 _____ 同意されない場合は、婚姻関係、住所及び住民となった日を確認できる書類を提出ください。			
当該治療に対する他の助成等受給の有無 (該当に○をつける) 未申請でも要件に該当し受給可能な場合も含む		有 ・ 無 1 富山県被験者協力金 2 その他(名称)	

- 1 院外処方がある場合は、その費用も対象になります。(領収書の添付が必要)
- 2 食事療養費、文書費、差額ベッド代など検査又は治療に直接関係のない費用は、対象となりません。

様式第 1 号（第 6 条関係）

魚津市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

魚津市長 あて

〒
申請者 住所
氏名
(電話番号) -

魚津市不育症治療費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

氏 名		生 年 月 日 (この申請における検査・治療開始日の年齢)												
夫		年 月 日 (歳)												
妻		年 月 日 (歳)												
住所(申請者同一世帯でない場合)		(夫 ・ 妻)												
医療機関での不育症検査又は治療に係る 自己負担額		円												
上記による不育症検査又は治療に係る 院外処方薬局自己負担額		円												
合 計		円												
助成金の 振込先 (口座は申請者 のものである こと)	金融機関名							支店名						
	預金種別	1普通	2当座	口座番号										
	フリガナ													
	口座名義人													
魚津市長あて この申請に必要な要件を確認するため、住民基本台帳の状況を調査することに同意します。 夫氏名 _____ 妻氏名 _____ 同意されない場合は、婚姻関係、住所及び住民となった日を確認できる書類を提出ください。														
当該治療に対する他の助成等受給の有無 (該当に○をつける) 未申請でも要件に該当し受給可能な場合も含む		有 ・ 無 1 富山県被験者協力金 2 その他(名称 _____)												

- 1 院外処方がある場合は、その費用も対象になります。(領収書の添付が必要)
- 2 食事療養費、文書費、差額ベッド代など検査又は治療に直接関係のない費用は、対象となりません。

様式第2号（第6条関係）

不育症治療医療機関受診等証明書

魚津市長

宛

医療機関等 住所

診療科等名称

名称

電話

医師名

次のとおり不育症検査・治療を実施し、これにかかる費用を徴収したことを証明します。

受診者名			男・女	生年月日	年	月	日
検査・治療期間	年	月	日	～	年	月	日
当該治療における出産の有無		☐ 有 ☐ 無		☐ 未確認			
検査又は治療区分	該当区分にチェックし、実施した検査、治療に○をつけてください。 ☐ 子宮形態異常 検査 / 治療 ☐ 夫婦染色体異常 検査 / 治療 ☐ 免疫異常 検査 / 治療 ☐ 内分泌異常 検査 / 治療 ☐ 抗リン脂質抗体異常 ... 検査 / 治療 ☐ 凝固異常 検査 / 治療 ☐ その他の要因による検査 () ☐ その他の要因による治療 () 特記事項 (<u>ヘパリン治療の有無</u> ☐ 有 ☐ 無)						

当該治療にかかる本人負担金額

期 間	保 険 診 療 分		保険診療外の 本人負担金額
	診療点数	本人負担金額	
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
合計		円	円
院 外 処 方 の 有 無		☐ 有 ☐ 無	

- 1 不育症の検査及び治療に要した費用のみ記入ください。
- 2 食事療養費、文書費、差額ベッド代など治療に直接関係のない費用は含まないでください。
- 3 月分の記入を省略し合計のみ記入する場合は、省略部分を斜線で消してください。

様式第2号（第6条関係）

不育症治療医療機関受診等証明書

魚津市長あて

医療機関等 住所

診療科等名称

名称

電話

医師名

次のとおり不育症検査・治療を実施し、これにかかる費用を徴収したことを証明します。

受診者名			男・女	生年月日	年	月	日	
検査・治療期間	年		月	日	～	年	月	日
当該治療における出産の有無			☐ 有	☐ 無	☐ 未確認			
検査又は治療区分	該当区分にチェックし、実施した検査、治療に○をつけてください。 ☐ 子宮形態異常 検査 / 治療 ☐ 夫婦染色体異常 検査 / 治療 ☐ 免疫異常 検査 / 治療 ☐ 内分泌異常 検査 / 治療 ☐ 抗リン脂質抗体異常 ... 検査 / 治療 ☐ 凝固異常 検査 / 治療 ☐ その他の要因による検査 () ☐ その他の要因による治療 () 特記事項 (ヘパリン治療の有無 ☐ 有 ☐ 無)							

当該治療にかかる本人負担金額

期 間	保 険 診 療 分		保険診療外の 本人負担金額
	診療点数	本人負担金額	
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
合計		円	円
院 外 処 方 の 有 無		☐ 有	☐ 無

- 1 不育症の検査及び治療に要した費用のみ記入ください。
- 2 食事療養費、文書費、差額ベッド代など治療に直接関係のない費用は含まないでください。
- 3 月分の記入を省略し合計のみ記入する場合は、省略部分を斜線で消してください。

附 則

(施行期日)

- 1 この告示は、公表の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この告示の施行の際、旧様式による用紙で現に残存するものは、当分の間所要の調整をして使用することができる。