

大口町告示第36号

大口町一般不妊治療費助成事業実施要綱の一部を改正する要綱を次のように定める。

令和7年3月28日

大口町長 鈴木雅博

大口町一般不妊治療費助成事業実施要綱の一部を改正する要綱

大口町一般不妊治療費助成事業実施要綱（令和３年大口町告示第１０号）の一部を次のように改正する。

第１条中「愛知県一般不妊治療費助成事業実施要綱（平成１９年７月１０日１９児第３２８号愛知県健康福祉部長通知。以下「愛知県不妊治療費助成要綱」という。）に基づき、大口町が行う大口町一般不妊治療費助成事業の実施」を「一般不妊治療を受ける夫婦の経済的負担を軽減するため、一般不妊治療に要する費用の一部を助成すること」に改める。

第２条第２項を削り、同条第１項を第２項とし、同条に第１項として次のように加える。

この要綱において「一般不妊治療」とは、夫婦間で行うタイミング法若しくは排卵誘発法又は人工授精等の一般不妊治療並びにこれらに必要な検査（診断のための検査及び治療効果を確認するための検査を含む。）とする。ただし、不妊治療には至らず、不妊検査のみの場合は対象外とする。

第３条中「、妊娠を希望する女子（以下「妻」という。）及びその配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。以下「夫」という。）（以下「夫婦」という。）であって」を削り、「人工授精の治療を受けた妻の年齢が４３歳未満の夫婦で、治療期間及び申請日のいずれにおいても、夫又は妻のいずれか一方又は両方が大口町内に住所を有するものとする。なお、妻の年齢は人工授精の治療開始時点の年齢をいう」を「医療保険各法の適用とはならない一般不妊治療を受けた者で、次の各号のいずれにも該当するものとする」に改め、同条に次の３号を加える。

- (1) 治療期間及び申請日において、大口町内に住所を有する法律上の婚姻をしている者又は事実上婚姻関係にある者（以下「夫婦」という。）であること。
- (2) 医療保険各法のいずれかの医療保険に加入していること。
- (3) 他の市町村において、この要綱に基づく助成に相当するものを受けていないこと。

第4条を削る。

第5条第1項中「人工授精」を「一般不妊治療」に、「前条の治療に要した本人負担額の合計額」を「当該治療に要した費用（食事代、文書料、個室料等の治療に直接関係のない費用は除く。以下「本人負担額」という。）」に改め、同条第3項中「人工授精」を「一般不妊治療」に改め、同条を第4条とする。

第6条第1項中「2年間までとし、愛知県不妊治療費助成要綱に基づき愛知県内の他の市町村が行った助成期間もこれに含むものとする」を「2年間までとする」に改め、同項に後段として次のように加える。

この場合において、次の各号のいずれかに該当する場合は、当該各号に掲げる期間を延長し、又は再設置するものとする。

第6条第1項に次の2号を加える。

- (1) 医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中断した場合 当該中断期間のうち助成のなかった月数以内での助成期間の延長
- (2) この要綱による助成を受けた夫婦が挙児を得て、その後更に次の挙児を得るために一般不妊治療を行う場合 2年間の助成期間の再設置

第6条第2項中「前条に定める年度」を「前項の年度」に改め、同項後段を削り、同条を第5条とする。

第7条第1項中後段を削り、同項第1号中「一般不妊治療費助成事業受診等証明書」を「大口町一般不妊治療費助成事業受診等証明書」に改め、同項第2号中「人工授精」を「一般不妊治療」に改め、同条を第6条とする。

第8条を第7条とし、第9条を第8条とし、第10条から第14条までを1条ずつ繰り上げる。

様式第1中「第7条」を「第6条」に、「年 月 日生」を「年 月 日」に、

「

【種別】国保・組合国保・健保・共済・その他（ ）
【保険者番号】（ ） 【区分】本人・被扶養者

を

」

「

【種別】国保・組合国保・健保・共済・その他（ 【区分】本人・被扶養者

に、

」

「1. 一般不妊治療費助成事業受診等証明書、領収書」を「大口町一般不妊治療費助成事業受診等証明書、領収書」に改め、「2. 法律上の婚姻をしている夫婦であること、または、事実婚関係であることを証明できる書類」、「3. 住所地を証明する書類」、「◎ 申請の際に、健康保険証をお持ちください。」及び

「

(裏)

大口町一般不妊治療費助成事業に関する同意書

年

月 日

大口町長 様

申 請 者

住 所

氏 名 (本人)

(配偶者)

私たちは、大口町一般不妊治療費助成事業に係る下記の事項について同意します。

記

助成金交付の審査のために必要な次の事項の閲覧することに関する説明書

助成金を交付するのに必要な要件を確認するため、次の事項について閲覧します。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

1 住民基本台帳… (大口町内に住所を有することを確認します。)

以前の受給歴について以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する
説明書

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1 夫婦あたりの支給額の上限が定められています。

県内の他市町村から転入された方は、以前にお住まいの自治体へ、この助成金の以前の受給状況を確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

その他医療費助成に関する説明書

加入されている健康保険組合等によっては、独自に医療費を助成する制度がある場合がありますので、加入されている健康保険組合等の保険者へ確認することがあります。また、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返還を求めることがありますのでご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

を削る。

様式第 2 中「第 7 条」を「第 6 条」に、「一般不妊治療費助成事業受診等証明書」を「大口町一般不妊治療費助成事業受診等証明書」に、「人工授精を実施」を「一般不妊治療（又はその調剤）を実施」に、「医療費〔本人負担分〕」を「医療（調剤）費〔実費（保険適用外）負担額〕」に、

「

今回の人工授精実施回数（ 回）

を

」

「

今回行った不妊治療について、該当箇所に記入してください。			
☐ 不妊症スクリーニング検査（	回）	☐ 精液検査（	回）
☐ タイミング療法（	回）	☐ 精巣検査（	回）
☐ 排卵誘発法（内服・注射）（	回）	☐ 人工授精（	回）
☐ 手術療法（手術方法：			）
☐ その他（			）
院外処方の有無（ ☐ 有り ・ ☐ 無し ）			

に、

」

「

医療機関徴収分①	薬局徴収分②
----------	--------

を

」

「

実費（保険適用外）負担額	
医療機関徴収分①	薬局徴収分②

に、

」

「人工授精（保険適用外）」を「保険適用外の不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く。）」に改め、「2 人工授精に係るものには事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びH I Vなどの感染症検査費用、採精（事前採取も含む）費用、精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料（通常、人工授精施行当日に採取するが、夫の都合により人工授精当日に来院できない場合に限る）、精子の濃縮・洗浄等に要する費用、排卵日を特定するための検査費用（エコー検査）、排卵誘発のためのH C G注射等の費用、精子を子宮内に注入するための費用、人工授精後、感染予防のため服用する抗生剤等の費用が含まれます。」を削り、「3 院外処方」を「2 院外処方」に、「4 文書料」を「3 文書料」に改める。

様式第3中「第7条」を「第6条」に改める。

様式第4中「第8条」を「第7条」に改める。

様式第5中「第9条」を「第8条」に改める。

様式第6中「第12条」を「第11条」に改める。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

大口町一般不妊治療費助成事業実施要綱の一部改正新旧対照表

新	旧
(趣旨) 第1条 この要綱は、<u>一般不妊治療を受ける夫婦の経済的負担を軽減するため、一般不妊治療に要する費用の一部を助成することについて、必要な事項を定めるものとする。</u> (定義) 第2条 この要綱において「一般不妊治療」とは、<u>夫婦間で行うタイミング法若しくは排卵誘発法又は人工授精等の一般不妊治療並びにこれらに必要な検査（診断のための検査及び治療効果を確認するための検査を含む。）とする。ただし、不妊治療には至らず、不妊検査のみの場合は対象外とする。</u> 2 この要綱において「医療保険各法」とは、次に掲げる法律をいう。 (1)～(6) 略 (対象者) 第3条 助成の対象者は、産科、婦人科若しくは産婦人科又は泌尿器科若しくは皮膚泌尿器科を標榜する医療機関において不妊症と診断され、<u>医療保険各法の適用とはならない一般不妊治療を受けた者で、次の各号のいずれにも該当するものとする。</u>	(趣旨) 第1条 この要綱は、<u>愛知県一般不妊治療費助成事業実施要綱（平成19年7月10日19児第328号愛知県健康福祉部長通知。以下「愛知県不妊治療費助成要綱」という。）に基づき、大口町が行う大口町一般不妊治療費助成事業の実施について、必要な事項を定めるものとする。</u> (定義) 第2条 この要綱において「医療保険各法」とは、次に掲げる法律をいう。 (1)～(6) 略 2 この要綱において「本人負担額」とは、<u>医療保険各法の適用とはならない人工授精による医療の提供を受けた者が負担すべき額をいう。ただし、文書料、個室料等の治療に直接関係のない費用を除くものとする。</u> (対象者) 第3条 助成の対象者は、<u>妊娠を希望する女子（以下「妻」という。）及びその配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。以下「夫」という。）（以下「夫婦」という。）であって、産科、婦人科若しくは産婦人科又は泌尿器科若しくは皮膚泌尿器科を標榜する医療機関において不妊症と診断され、人工授精の治療を受けた妻の年齢が43歳未満の夫婦で、治療期間及び申請日のいずれにおいても、夫又は</u>

新	旧
(1) <u>治療期間及び申請日において、大口町内に住所を有する法律上の婚姻をしている者又は事実上婚姻関係にある者（以下「夫婦」という。）であること。</u> (2) <u>医療保険各法のいずれかの医療保険に加入していること。</u> (3) <u>他の市町村において、この要綱に基づく助成に相当するものを受けていないこと。</u> （助成額） <u>第4条 助成額は、1組の夫婦に対して、一般不妊治療を受けた日の属する年度ごとに、当該治療に要した費用（食事代、文書料、個室料等の治療に直接関係のない費用は除く。以下「本人負担額」という。）の2分の1以内の額とし、4万5千円を超えることはできない。</u>	<u>妻のいずれか一方又は両方が大口町内に住所を有するものとする。なお、妻の年齢は人工授精の治療開始時点の年齢をいう。</u> （対象とする治療の範囲） <u>第4条 助成の対象とする治療は、産科、婦人科若しくは産婦人科又は泌尿器科若しくは皮膚泌尿器科を標榜する医療機関において受けた人工授精とする。</u> <u>2 前項の治療には、事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及び男性の感染症管理として行う検査（HBS抗原、HCV抗体、梅毒、HIV抗体など）費用、採精（事前採取も含む。）費用、精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料（通常、人工授精施行当日に採取するが、夫の都合により人工授精当日に来院できない場合に限る）、精子の濃縮、精子の洗浄等に要する費用、排卵日を特定するための検査費用（エコー検査）、排卵誘発のためのHCG注射等の費用、精子を子宮内に注入するための費用、人工授精後、感染予防するため服用する抗生剤等の費用を含む。</u> （助成額） <u>第5条 助成額は、1組の夫婦に対して、人工授精を受けた日の属する年度ごとに、前条の治療に要した本人負担額の合計額の2分の1以内の額とし、4万5千円を超えることはできない。</u>

新	旧
い。 2 略 3 医療保険各法に基づく保険者又は共済組合の規約等に定めるところにより、<u>一般不妊治療</u>に関する任意の給付（付加給付金）が行われる場合は、第1項の助成額からその額を控除する。 （助成期間） <u>第5条</u> 助成期間は、助成を開始した診療日の属する月（以下「助成開始月」という。）から継続する<u>2年間</u>までとする。<u>この場合において、次の各号のいずれかに該当する場合は、当該各号に掲げる期間を延長し、又は再設置するものとする。</u> <u>(1) 医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中断した場合 当該中断期間のうち助成のなかった月数以内での助成期間の延長</u> <u>(2) この要綱による助成を受けた夫婦が挙児を得て、その後更に次の挙児を得るために一般不妊治療を行う場合 2年間の助成期間の再設置</u> 2 <u>前項の年度</u>は、3月診療分から翌年2月診療分までの1年間とする。 （交付申請） <u>第6条</u> 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、大口町一般不妊治療費助成事業申請書（様式第1。以下「申請書」という。）に、次の書類を添え、町長に申請しなければならない。	2 略 3 医療保険各法に基づく保険者又は共済組合の規約等に定めるところにより、<u>人工授精</u>に関する任意の給付（付加給付金）が行われる場合は、第1項の助成額からその額を控除する。 （助成期間） <u>第6条</u> 助成期間は、助成を開始した診療日の属する月（以下「助成開始月」という。）から継続する<u>2年間</u>までとし、<u>愛知県不妊治療費助成要綱に基づき愛知県内の他の市町村が行った助成期間もこれに含むものとする。</u> 2 <u>前条に定める年度</u>は、3月診療分から翌年2月診療分までの1年間とする。<u>ただし、助成開始月が年度途中となった場合で、第1年度目の助成期間が12か月未満でかつ助成額が4万5千円未満の場合は、第3年度目の治療について、第1年度目の12か月に満たなかった残りの月数以内で、4万5千円に満たなかった額を上限に助成することができるものとする。</u> （交付申請） <u>第7条</u> 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、大口町一般不妊治療費助成事業申請書（様式第1。以下「申請書」という。）に、次の書類を添え、町長に申請しなければならない。<u>ただし、第3号及び第4</u>

新	旧
(1) <u>大口町一般不妊治療費助成事業受診等証明書</u>（様式第2） (2) <u>一般不妊治療</u>に係る領収書 (3)・(4) 略 2 略 （交付決定等） <u>第7条</u> 略 （交付請求） <u>第8条</u> 略 （助成金の交付） <u>第9条</u> 略 （返還） <u>第10条</u> 略 （助成事業台帳） <u>第11条</u> 略 （秘密の保持及び目的外使用の禁止） <u>第12条</u> 略 （その他必要事項） <u>第13条</u> 略 様式第1 【別記】 様式第2 【別記】 様式第3 【別記】 様式第4 【別記】 様式第5 【別記】 様式第6 【別記】	<u>号の書類については、申請者の同意を得て、確認が可能な場合は、これを省略できるものとする。</u> (1) <u>一般不妊治療費助成事業受診等証明書</u>（様式第2） (2) <u>人工授精</u>に係る領収書 (3)・(4) 略 2 略 （交付決定等） <u>第8条</u> 略 （交付請求） <u>第9条</u> 略 （助成金の交付） <u>第10条</u> 略 （返還） <u>第11条</u> 略 （助成事業台帳） <u>第12条</u> 略 （秘密の保持及び目的外使用の禁止） <u>第13条</u> 略 （その他必要事項） <u>第14条</u> 略 様式第1 【別記】 様式第2 【別記】 様式第3 【別記】 様式第4 【別記】 様式第5 【別記】 様式第6 【別記】

(新)

様式第1 (第6条関係)

大口町一般不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

大口町長 様

申請者

住所

氏名

電話番号

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

記

対 象 者		(ふりがな) 氏 名<自署又は記名>	生年月日											
	夫	()	年 月 日 (歳)											
		個人番号												
	妻	()	年 月 日 (歳)											
		個人番号												
	住所(※1)	〒 — 電話 ()												
	住所(※2)	〒 — 電話 ()												
	加入医療保険 (夫)	【種別】国保・組合金保・健保・共済・その他 () 【区分】本人・被扶養者												
加入医療保険 (妻)	【種別】国保・組合金保・健保・共済・その他 () 【区分】本人・被扶養者													
申 請 額	金 円		(本人負担額の1/2で、 1年度上限4万5千円)											

過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去 () 回受けた。 () 年 () 月頃 助成金を受けた自治体は ()

申請受理年月日		決定(却下)年月日	
受給者番号			

注) 太枠の中をご記入ください。

※1: 夫婦の住所を記入する。

※2: 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入する。

(添付書類) 大口町一般不妊治療費助成事業受診等証明書、領収書

(旧)

様式第1 (第7条関係)

大口町一般不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

大口町長 様

申請者

住所

氏名

電話番号

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

記

対 象 者		(ふりがな) 氏 名<自署又は記名>	生年月日											
	夫	()	年 月 日生 (歳)											
		個人番号												
	妻	()	年 月 日生 (歳)											
		個人番号												
	住所(※1)	〒 — 電話 ()												
	住所(※2)	〒 — 電話 ()												
	加入医療保険 (夫)	【種別】国保・組合金保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者												
加入医療保険 (妻)	【種別】国保・組合金保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者													
申 請 額	金 円		(本人負担額の1/2で、 1年度上限4万5千円)											

過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去 () 回受けた。 () 年 () 月頃 助成金を受けた自治体は ()

申請受理年月日		決定(却下)年月日	
受給者番号			

注) 太枠の中をご記入ください。

※1: 夫婦の住所を記入する。

※2: 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入する。

(添付書類) 1. 一般不妊治療費助成事業受診等証明書、領収書

2. 法律上の婚姻をしている夫婦であること、または、事実婚関係であることを証明できる書類

3. 住所を証明する書類

◎ 申請の際に、健康保険証をお持ちください。

(新)

様式第2 (第6条関係)

大口町一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費
〔実費（保険適用外）負担額〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()	
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)	
貴医療機関における治療開始年月日			年 月 日		
今回の治療期間	年 月 日～ 年 月 日				
今回行った不妊治療について、該当箇所に記入してください。					
☐ 不妊症スクリーニング検査 (回) ☐ 精液検査 (回)					
☐ タイミング療法 (回) ☐ 精巣検査 (回)					
☐ 排卵誘発法（内服・注射）(回) ☐ 人工授精 (回)					
☐ 手術療法（手術方法： _____ ）					
☐ その他 (_____)					
院外処方の有無 (☐ 有り ・ ☐ 無し) _____					
本人負担額の 内訳	区 分	実費（保険適用外）負担額			
		医療機関徴収分①	薬局徴収分②		
	年 3月分	円	円		
	年 4月分	円	円		
	年 5月分	円	円		
	年 6月分	円	円		
	年 7月分	円	円		
	年 8月分	円	円		
	年 9月分	円	円		
	年10月分	円	円		
	年11月分	円	円		
	年12月分	円	円		
	年 1月分	円	円		
	年 2月分	円	円		
	〔今回の治療にかかった金額合計〕 領収金額 円（上記本人負担額①～②の合計額となります。）				

- 注1 当該患者に関して行った保険適用外の不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く。）に係るもののみご記入ください。
- 2 院外処方が有る場合は、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- 3 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。

(裏)
大口町一般不妊治療費助成事業に関する同意書

年 月 日

大 口 町 長 様

申 請 者
住 所
氏 名 (本人)

(配偶者)

私たちは、大口町一般不妊治療費助成事業に係る下記の事項について同意します。
記

助成金交付の審査のために必要な次の事項の閲覧することに関する説明書

助成金を交付するのに必要な要件を確認するため、次の事項について閲覧します。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

- 1 住民基本台帳… (大口町内に住所を有することを確認します。)

以前の受給歴について以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する説明書

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1夫婦あたりの支給額の上限が定められています。

県内の他市町村から転入された方は、以前にお住まいの自治体へ、この助成金の以前の受給状況を確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

その他医療費助成に関する説明書

加入されている健康保険組合等によっては、独自に医療費を助成する制度がある場合がありますので、加入されている健康保険組合等の保険者へ確認することがあります。また、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返還を求めることがありますのでご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

(旧)

様式第2 (第7条関係)

一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり人工授精を実施し、これに係る医療費〔本人負担分〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

医療機関記入欄 (主治医がご記入ください。)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
貴医療機関における治療開始年月日			年 月 日	
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
今回の人工授精実施回数 (回)				
本人負担額の内訳	区 分	医療機関徴収分①	薬局徴収分②	
	年 3月分	円	円	
	年 4月分	円	円	
	年 5月分	円	円	
	年 6月分	円	円	
	年 7月分	円	円	
	年 8月分	円	円	
	年 9月分	円	円	
	年 10月分	円	円	
	年 11月分	円	円	
	年 12月分	円	円	
	年 1月分	円	円	
	年 2月分	円	円	
	[今回の治療にかかった金額合計] 領収金額 円 (上記本人負担額①～②の合計額となります。)			

- 注1 当該患者に関して行った人工授精 (保険適用外) に係るもののみご記入ください。
- 2 人工授精に係るものには事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びH I Vなどの感染症検査費用、採精 (事前採取も含む) 費用、精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料 (通常、人工授精施行当日に採取するが、夫の都合により人工授精当日に来院できない場合に限る)、精子の濃縮・洗浄等に要する費用、排卵日を特定するための検査費用 (エコー検査)、排卵誘発のためのH C G注射等の費用、精子を子宮内に注入するための費用、人工授精後、感染予防のため服用する抗生剤等の費用が含まれます。
- 3 院外処方がある場合は、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- 4 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。

(新)

様式第3 (第6条関係)

事実婚関係に関する申立書

年 月 日

下記2名については、事実上婚姻関係にあります。

① 一般不妊治療費助成事業申請者の住所、氏名

住所 _____

氏名 _____

② 一般不妊治療費助成事業申請者の住所、氏名

住所 _____

氏名 _____

※別世帯になっている理由 (①と②が別世帯となっている場合に記入)

大口町長

様

(旧)

様式第3 (第7条関係)

事実婚関係に関する申立書

年 月 日

下記2名については、事実上婚姻関係にあります。

① 一般不妊治療費助成事業申請者の住所、氏名

住所 _____

氏名 _____

② 一般不妊治療費助成事業申請者の住所、氏名

住所 _____

氏名 _____

※別世帯になっている理由 (①と②が別世帯となっている場合に記入)

大口町長 様

(新)

様式第4（第7条関係）

第 号
年 月 日

様

大口町長

印

大口町一般不妊治療費助成金交付決定（却下）通知書

年 月 日付けで申請のあった 年度の一般不妊治療費の
助成について、下記のとおり交付することを決定した（却下する）ので通知し
ます。

記

1 交付決定額

金. _____ 円

2 却下する場合の理由

(旧)

様式第4（第8条関係）

第 号
年 月 日

様

大口町長

印

大口町一般不妊治療費助成金交付決定（却下）通知書

年 月 日付けで申請のあった 年度の一般不妊治療費の
助成について、下記のとおり交付することを決定した（却下する）ので通知し
ます。

記

1 交付決定額

金. _____ 円

2 却下する場合の理由

(新)

様式第5 (第8条関係)

大口町一般不妊治療費助成金請求書

年 月 日

大口町長 様

申請者 住所

氏名

年 月 日付け大 第 号で交付決定がありました大口町
一般不妊治療費助成金について、下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 金. _____ 円

2 振込先

補助金振込 先金融機関	銀 行 信用金庫 農 協	本 店 支 店 出張所
預金種別	普 通 ・ 当 座	
口座番号		
ふりがな		
口座名義人		

*振込先口座名義人は、申請者本人でお願いします。

(旧)

様式第5 (第9条関係)

大口町一般不妊治療費助成金請求書

年 月 日

大口町長 様

申請者 住所
氏名

年 月 日付け大 第 号で交付決定がありました大口町
一般不妊治療費助成金について、下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 金. _____ 円

2 振込先

補助金振込 先金融機関	銀 行 信用金庫 農 協	本 店 支 店 出張所
預金種別	普 通 ・ 当 座	
口座番号		
ふりがな		
口座名義人		

*振込先口座名義人は、申請者本人でお願いします。

(新)

様式第6(第11条関係)

大口町一般不妊治療費助成事業台帳

					受給者番号	
対象者		氏 名	生年月日	住 所		電話番号
	申請者		年 月 日(歳)			
	配偶者		年 月 日(歳)	*		*
	備考					

申請受理日	申請額	決定・却下	助成額	医療機関名	治療期間	所得額	備 考 (母子手帳交付日等)
		年月日			開始 終了		
		決定 ・ 却下					
		決定 ・ 却下					
		決定 ・ 却下					
		決定 ・ 却下					
		決定 ・ 却下					
		決定 ・ 却下					
		決定 ・ 却下					
		決定 ・ 却下					
		決定 ・ 却下					
		決定 ・ 却下					

* 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合に記入

(旧)

様式第6(第12条関係)

大口町一般不妊治療費助成事業台帳

					受給者番号	
対象者		氏 名	生年月日	住 所		電話番号
	申請者		年 月 日(歳)			
	配偶者		年 月 日(歳)	*		*
	備考					

申請受理日	申請額	決定・却下	助成額	医療機関名	治療期間	所得額	備 考 (母子手帳交付日等)
		年月日			開 始 終 了		
		決定 ・ 却下					
		決定 ・ 却下					
		決定 ・ 却下					
		決定 ・ 却下					
		決定 ・ 却下					
		決定 ・ 却下					
		決定 ・ 却下					
		決定 ・ 却下					
		決定 ・ 却下					
		決定 ・ 却下					

* 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合に記入