

鳥取県 不妊治療費助成金交付申請書 兼実績報告書  
鳥取市 兼請求書

総合事務所長 様  
鳥取市長

令和 〇年 〇月 〇日

標記助成金について、鳥取県（鳥取市）補助金等交付規則の規定により下記のとおり申請し、下記のとおり実績を報告します。なお、交付決定後は、交付決定額を請求します。

記

申請者	ふりがな	とっとり たろう		性別	(男) ・ 女
	氏名	鳥取太郎 印 <small>(自署の場合押印省略可)</small>		生年月日(和暦)	(S) H 〇年〇月〇日
	現住所	〒680-8570 鳥取市東町1丁目220番地		治療開始時年齢	(△△)歳 *1
配偶者	ふりがな	とっとり はなこ		性別	男 ・ (女)
	氏名	鳥取花子		生年月日(和暦)	(S) H 〇年〇月〇日
	現住所	〒 <small>※申請者と異なる場合に記入</small>		治療開始時年齢	(△△)歳 *1
助成金が交付決定された場合は、下記の振込先口座へ振り込んでください。					
振込先	<input type="checkbox"/> 複数回の治療を同時申請するため、口座情報の記入は省略(該当の場合は <input checked="" type="checkbox"/> ※鳥取市保健所へ申請する場合は省略不可				
	ふりがな	とっとり たろう		預金種別	申請者氏名と口座名義人が異なる場合は委任状が必要です。
	口座名義人(※申請者名義)	鳥取太郎 印 <small>(自署の場合押印省略可)</small>			
金融機関名	〇△□	銀行 金庫 鳥取県方 本店 支店 組合 農協 出張所	番号	取引店(口座を開設した支店)を記載してください	
申請内容		生殖補助医療		治療内容	
対象治療費総額(①)	金	円		該当に <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 保険と併用される先進医療 <input type="checkbox"/> 自費診療 <input type="checkbox"/> 着床前検査(PGT-A)	
他の助成金交付額(②)	金	円		治療区分】※該当区分に○ A・B・C・D・E・F	
算定基準額(①-②)	金	円		【高額療養費適用区分】 ア・イ・ウ・エ・オ	
(自費診療定額補助)	金	円			
(PGT-A)	金	円			
(自己負担軽減補助)	金	円			
交付申請額	金	円			
治療経過に関する情報提供	<input type="checkbox"/> 本事業における取り組みの検証を行うことを目的として、個人を特定しない範囲で治療実施機関又は産科医療機関等から治療後の経過を情報提供されることについて承諾します。				
助成回数がりセットされる場合	有 ・ 無		※これまで不妊治療の助成を受けられた方で、出産等により今回の申請がりセット初回に該当される場合は 有 に○をしてください。		
※先進医療の申請は記載不要 過去の助成歴(治療歴)	・ 自費 a の助成回数 ( 1 ) 回 (R4年度及びR5年度) ・ 自費の助成回数 ( 0 ) 回 (R6年度～)		過去に助成の履歴がある場合は記載してください。※裏面参照		
住民票省略(鳥取市のみ)	(鳥取市にお住まいの方のみご記入ください) <input type="checkbox"/> 私(申請者)及び配偶者、子の住所等を住民基本台帳で確認することに同意し、住民票の添付を省略します。(該当の場合は <input checked="" type="checkbox"/> )				
市町への申請希望	(鳥取市、岩美町、若桜町、智頭町、八頭町にお住まいの方のみご記入ください) <input type="checkbox"/> 市町への申請を希望しますので、市町に提出する申請書及び添付書類を保健所から市町担当課へ送付してください。(該当の場合は <input checked="" type="checkbox"/> )				

複写箇所

\*1 年齢は、今回申請する治療の開始日時時点の年齢を記入してください。  
※市町村へ助成金の申請をされる方は、2枚目も記入してください

## 不妊治療助成金交付申請書兼実績報告書の記載にあたっての説明事項

### <申請内容>

#### ①対象治療費総額

保険診療の場合：先進医療技術にかかった経費を記載してください。

自費診療の場合：助成対象外経費を除いた総医療費（領収金額）を記載してください。

#### ②他の助成金交付額

今回の治療に対して交付されている助成金があれば記載してください。

（任意加入の生命保険や市町村の助成金は除きます）

#### ③算定基準額

①対象治療費総額から②他の助成金交付額を引いた額を記載してください。

#### ④交付申請額

保険診療の場合は、③算定基準額と5万円のいずれか低いほうの額を記載してください。

自費診療の場合は、下記の合計を記載してください。

- ・自費診療定額補助助成を受ける場合：採卵を伴う治療（治療区分A、B、D、E）については、③算定基準額からPGT-Aの費用を除いた額と30万円のいずれか低い額、採卵を伴わない治療（治療区分C、F）については、③算定基準額からPGT-Aの費用を除いた額と11万円のいずれか低い額を記載してください。
- ・PGT-A助成を受ける場合：③算定基準額に含まれるPGT-Aの費用と15万円のいずれか低い額を記載してください。
- ・自己負担軽減補助助成を受ける場合：③算定基準額から「自費診療定額補助」助成額と「PGT-A」助成額を引いた額と、高額療養費適用区分に応じた金額との差額の1/2を記載してください。

### <治療内容>

○今回の申請の治療内容について、該当するものを選択してください。

・「自費診療」とは、全額自費診療で行った特定不妊治療を指します。

・県の助成対象となる「着床前検査（PGT-A）」を実施された場合、「自費診療」と「着床前検査（PGT-A）」の2つを選択してください。

○治療区分（A～F）については、医療機関記載の受診証明書で確認してください。

○高額療養費適用区分については、限度額認定証の適用区分を確認してください。限度額認定証をお持ちでない場合は、所得を証明する書類にて確認しますので、必要書類をご提出ください。

### <過去の助成歴（治療歴）>

○初回の治療開始時の年齢…今回申請する治療の初回の治療開始時の年齢を選択してください。

○県助成 自費診療aの助成回数…今回申請する1子の治療について、令和4年度及び5年度に、県の自費診療aの助成を受けたことがある場合、助成回数を記載してください。

○自費の助成回数…令和6年度以降に終了した治療で、県の自費診療に対する助成を受けたことがある場合、助成回数を記載してください。

過去の助成歴等、不明な点は申請窓口へお問い合わせください。