

函館市特定不妊治療費助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、国内における不妊治療のうち、体外受精および顕微授精（以下「特定不妊治療」という。）については、1回の治療費が高額で経済的負担が重いため、十分な治療を受けることができず、子どもを持つことをあきらめざるを得ない者も少なくない状況にあることから、特定不妊治療に要する費用の一部を助成することにより、その経済的負担の軽減を図ることを目的とする。

(実施主体)

第2条 事業の実施主体は、函館市（以下「市」という。）とする。

(対象となる治療等)

第3条 事業の対象となる治療は、特定不妊治療（医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中断した場合についても、卵胞が発育しない等により卵子採取以前に中止した場合を除き、助成の対象とする。）とする。具体的には、別添図のAからFのいずれかにあてはまるものを助成対象とし、GおよびHについては、助成の対象としない。

なお、次に掲げる治療法は、助成の対象から除く。

- (1) 夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供による不妊治療
- (2) 代理母（妻が卵巣と子宮を摘出したことなどにより、妻の卵子が使用できず、かつ、妻が妊娠できない場合に、夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するもの）
- (3) 借り腹（夫婦の精子と卵子は使用できるが、子宮摘出等により妻が妊娠できない場合に、夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚を妻以外の第三者の子宮に注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するもの）

(対象者等)

第4条 事業の対象者は、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがない、または極めて少ないと医師に診断され、実際に特定不

妊治療を受けた治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満である夫婦のうち、次のすべての要件に該当する者（以下「対象者」という。）とする。ただし、同一の治療に関して都道府県、政令市または他の中核市から同等の給付を受けた者または受ける見込みの者を除く。

- (1) 夫または妻が市に住所を有していること。
- (2) 法律上の婚姻をしていること。
- (3) 夫および妻の前年の所得（1月から5月までの間の申請にあつては、原則として前々年の所得）の合計額が730万円未満であること。この場合において、所得の範囲および所得の額の計算方法については、児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第2条および第3条の規定を準用する。
- (4) 第8条に定める函館市特定不妊治療指定医療機関において、特定不妊治療を受けたこと。

（助成の額および期間）

第5条 市長は、特定不妊治療に要した費用に対して、1回の治療（採卵準備のための投薬開始から、体外受精または顕微授精1回に至る治療の過程を指し、以前に行つた体外受精または顕微授精により作られた受精胚による凍結胚移植も1回とみなす。）につき15万円（ただし、別添図のCおよびFの治療については、7万5千円）まで助成するものとする。なお、通算助成回数は、初めて助成を受けたときの治療期間の初日における妻の年齢が、40歳未満であるときは6回（40歳以上であるときは3回）までとする。

- 2 平成25年度以前から本事業による特定不妊治療の助成を受けている夫婦で、平成27年度までに通算5年間助成を受けている場合には、助成しない。
- 3 第1項のうち、初回の治療に限り30万円まで助成する。（ただし、別添図のCおよびFの治療を除く）
- 4 特定不妊治療を行うに当たり、精子を精巣または精巣上体から採取するための手術（以下「男性不妊治療」という。）を行つた場合は、

第1項から第3項までのほか、1回の治療につき、15万円まで助成する。（ただし、別添図のCの治療を除く）

- 5 前項のうち、初回の治療に限り30万円まで助成する。
- 6 本事業による助成（都道府県・政令市・他の中核市による同等の給付を含む。）を受けて子どもをもうけた夫婦が、第2子以降の特定不妊治療を行う場合にあっては、第1項の通算助成回数の規定にかかわらず、第2子以降の治療の対象となる子ども毎に初めて特定不妊治療の助成を受ける際の治療期間の初日における妻の年齢が、40歳未満であるときは通算6回（40歳以上であるときは通算3回）まで助成することができる。
- 7 前項における助成金交付額は、特定不妊治療に要した費用に対して、1回の治療につき15万円（ただし、別添図のCおよびFの治療については7万5千円）までとし、男性不妊治療を行った場合は、特定不妊治療に対する助成金のほか、1回の治療につき15万円まで助成する。（ただし、別添図のCの治療を除く。）

（助成の申請）

第6条 助成を受けようとする者は、特定不妊治療が終了した日の属する年度内に、原則として1回の治療の終了ごとにその治療が終了した日の翌日から60日以内に、市長に対し、特定不妊治療費助成申請書（別記第1号様式）に次の書類を添付して申請しなければならない。なお、同一年度内において、2回目以降の助成を受けようとする者は、添付を要する書類が、前回の申請時に提出したものと同一場合は、添付を省略することができる。

- (1) 特定不妊治療受診等証明書（別記第2号様式、別記第2号様式の2）
- (2) 夫婦が同一の世帯である場合は、世帯分の住民票（記載事項（個人番号を除く。）を省略していないもの）および戸籍謄本（発行日から3か月以内のもの）
- (3) 夫婦が世帯を別にしている場合は、両名の居住地の住民票および戸籍謄本（発行日から3か月以内のもの）

(4) 夫および妻の所得額を証明する書類（所得額および控除内訳の記載があるもの）

(5) 治療および調剤に係る領収書（指定医療機関が指示して他の医療機関において受けた検査等に係るものを含む）

2 前項の規定にかかわらず、添付書類の準備に時間を要するなど特別な事情により特定不妊治療が終了した日の属する年度内に助成の申請をできなかった場合においては、翌年度の5月末日までに申請することができるものとする。

（助成の決定）

第7条 市長は、前条の申請があったときは、速やかに審査を行い、助成の適否および金額について決定するものとする。

2 市長は、助成が適当であると認めたときは、申請者に特定不妊治療費助成決定通知書（別記第4号様式）により通知するものとする。

3 市長は、助成が不相当であると認めたときは、申請者に特定不妊治療費助成金不交付決定通知書（別記第5号様式）により通知するものとする。

（特定不妊治療指定医療機関の指定）

第8条 市長は、北海道知事が北海道特定不妊治療費助成事業に関する特定不妊治療指定医療機関の指定要領に基づき指定した特定不妊治療指定医療機関（以下「道指定医療機関」という。）で函館市内にあるものを、函館市特定不妊治療指定医療機関（以下「市指定医療機関」という。）に指定するものとする。

2 函館市外にある医療機関で都道府県知事および政令市または他の中核市の市長が特定不妊治療を実施するのに適当であると認めているものは、市指定医療機関とみなす。

（指定の方法および指定日）

第9条 市長は、前条第1項の指定を行ったときは、当該市指定医療機関の開設者に対し、函館市特定不妊治療費助成事業指定医療機関指定通知書（別記第6号様式）により通知するものとする。

2 医療機関を市指定医療機関に指定する日は、医療機関を道指定医療

機関として指定された日とする。

- 3 市長は、市指定医療機関の所在地、名称および開設者の氏名等を広く市民に周知するものとする。

(指定の取消し)

第10条 市長は、医療機関が道指定医療機関の指定を取り消されたときは、市指定医療機関として指定を取り消すものとする。

- 2 市長は、指定医療機関の指定の取消しを行ったときは、当該医療機関の開設者に対し、函館市特定不妊治療費助成事業指定医療機関取消通知書（別記第7号様式）により通知するものとする。

- 3 市長は、前項の取消しをしたときは、当該医療機関の所在地、名称および開設者の氏名等を広く市民に周知するものとする。

(治療内容等の報告の説明)

第11条 市長は、助成を受けようとする夫婦に対し、公益社団法人日本産科婦人科学会を通じて厚生労働省に治療の内容および経過を報告することについて、あらかじめ説明するものとする。

(その他)

第12条 この事業は、保険診療と保険外診療を組み合わせる混合診療を認めるものではなく、保険外診療である特定不妊治療を受けた場合の自己負担の一部を助成するものである。

- 2 市長は、助成の状況を明確にするため、特定不妊治療費助成事業台帳（別記第8号様式）を備え付けなければならない。
- 3 この事業の実施に当たっては、個人情報の取扱いに十分留意しなければならない。
- 4 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、平成17年10月1日から施行し、平成17年4月1日以降に行った治療を対象として適用するものとする。

附 則

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成21年7月16日から施行し、平成21年4月1日以降に申請を行った治療を対象として適用するものとする。

附 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成22年10月1日から施行する。
- 2 函館市特定不妊治療費助成事業に関する特定不妊治療指定医療機関の指定要綱は、廃止する。
- 3 この要綱の施行の際現に前項の規定による廃止前の函館市特定不妊治療費助成事業に関する特定不妊治療指定医療機関の指定要綱に基づき特定不妊治療指定医療機関の指定を受けている医療機関はこの要綱に基づき指定された特定不妊治療指定医療機関とみなす。
- 4 この要綱の施行後、当分の間は、改正前の函館市特定不妊治療費助成事業実施要綱に基づく申請書等は、改正後の函館市特定不妊治療費助成事業実施要綱に基づく申請書等とみなして、使用することができる。

附 則

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

- 2 この要綱の施行後、当分の間は、改正前の函館市特定不妊治療費助成事業実施要綱に基づく申請書等は、改正後の函館市特定不妊治療費助成事業実施要綱に基づく申請書等とみなして、使用することができる。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

- 2 この要綱の施行後、当分の間は、改正前の函館市特定不妊治療費助成事業実施要綱に基づく申請書等は、改正後の函館市特定不妊治療費助成事業実施要綱に基づく申請書等とみなして、使用することができる。

附 則

この要綱は、平成28年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年1月20日から施行する。

- 2 この要綱の施行後、当分の間は、改正前の函館市特定不妊治療費助成事業実施要綱に基づく申請書等は、改正後の函館市特定不妊治療費助成事業実施要綱に基づく申請書等とみなして、使用することができる。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年6月20日から施行し、平成28年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和元年7月17日から施行し、平成31年4月1日から適用する。

附 則

- 1 この要綱は、令和2年5月1日から施行し、令和2年4月1日から適用する。
- 2 第4条の規定にかかわらず、令和2年3月31日時点で妻の年齢が42歳である夫婦であって、令和2年度に新型コロナウイルスの感染防止の観点から治療を延期したもので、第4条各号に規定する要件を

満たすものは、妻の年齢が44歳に到達する日の前日までの間に限り、対象者と取り扱うものとする。

3 第5条第1項の規定にかかわらず、令和2年3月31日時点で妻の年齢が39歳である夫婦であって、令和2年度に新型コロナウイルスの感染防止の観点から治療を延期したもので、初めて助成を受けたときの治療期間の初日における妻の年齢が41歳未満であるものに係る通算助成回数は、6回までとする。

4 第5条第6項の規定にかかわらず、令和2年3月31日時点で妻の年齢が39歳である夫婦であって、令和2年度に新型コロナウイルスの感染防止の観点から治療を延期したもので、第2子以降の治療の対象となる子ども毎に初めて特定不妊治療の助成を受ける際の治療期間の初日における妻の年齢が41歳未満であるものに係る通算助成回数は、6回までとする。

附 則

1 この要綱は、令和2年6月9日から施行し、令和2年4月1日から適用する。

2 第4条第1項第3号の規定にかかわらず、令和2年度中に申請されたものであって、次に該当する者は助成の対象として取り扱うものとする。

(1) 新型コロナウイルスの影響により所得が急変し、夫および妻の令和2年の所得の合計額が730万円未満となる見込みの者

(2) 新型コロナウイルスの感染防止の観点から治療を延期し、申請が6月以降となった場合に、夫および妻の前年の所得の合計額が730万円以上となるが、前々年の所得の合計額が730万円未満である者

附 則

1 この要綱は、令和3年2月3日から施行し、令和3年1月1日以降に終了した特定不妊治療および男性不妊治療を対象として適用するものとする。

2 第4条第1項第2号の規定には、事実婚関係にある者も含むものと

し、助成の申請をする場合は、第6条第1項に規定するもののほか、両名の事実婚関係に関する申立書（別記第3号様式）を添付して申請しなければならない。

- 3 第4条第1項第3号の規定にかかわらず、事業の対象者として取り扱うものとする。
- 4 第5条第1項および第3項ならびに第7項の規定にかかわらず、特定不妊治療に要した費用に対して、1回の治療につき30万円（ただし、別添図のCおよびFの治療については、10万円）まで助成するものとする。
- 5 第5条第2項の規定にかかわらず、令和3年1月1日以降に終了した第2子以降の特定不妊治療および男性不妊治療については、同条第6項を適用するものとする。
- 6 第5条第4項および第5項ならびに第7項の規定にかかわらず、男性不妊治療に要した費用に対して、1回の治療につき30万円（ただし別添図のCの治療を除く）まで助成するものとする。
- 7 第5条第6項に規定する「子ども」には、妊娠12週以降に死産した児を含むものとする。
- 8 第6条第1項第4号の規定については、令和3年4月1日以降は適用しないものとする。
- 9 この要綱の施行後、当分の間は、改正前の函館市特定不妊治療費助成事業実施要綱に基づく申請書等は、改正後の函館市特定不妊治療費助成事業実施要綱に基づく申請書等とみなして、使用することができる。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行し、治療期間の初日が令和4年3月31日以前であり、令和4年4月1日から令和5年3月31日までの間に終了した1回の特定不妊治療および男性不妊治療を対象として適用するものとする。

なお、別添図のCの治療である場合については、1回の特定不妊治療の開始が令和4年4月1日以降であっても、令和4年3月31日以

前に行った体外受精または顕微授精により作られた受精胚による凍結胚移植である場合には、対象とする。

特定不妊治療費助成申請書

特定不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

	(ふりがな) 氏名	生年月日
夫	()	平成 昭和 年 月 日生 (歳)
妻	()	平成 昭和 年 月 日生 (歳)
住所	〒 電話	
※1 住所	〒 電話	
申請者 氏名	特定不妊治療費に係る一切の権限を代表して行う者	申請者 以外の者 の氏名
申請金額	(男性不妊治療分除く) (男性不妊治療分) 合計	金 円 金 円 金 円
(元号) 年 月 日		
助成の適否を決定するために必要な場合は、函館市以外の地方公共団体に対してこの申請に係る情報を照会し、または提供し、および医療機関に対して治療内容等を照会することについて同意します。		
函館市長様		
振込先金融機関の名称および口座番号等		
振込先銀行等の名称	口座番号	口座名義
銀行 本店 金庫 支店 出張所	普通 当座	ふりがな()
過去の助成の有無 (男性不妊治療分除く) ・無 (男性不妊治療分) ・無	過去に函館市または都道府県、政令市もしくは他の中核市から治療に係る助成を受けたことがありますか。 (男性不妊治療分除く) ・有 回 (自治体名: 助成時期: (元号) 年 月) (男性不妊治療分) ・有 回 (自治体名: 助成時期: (元号) 年 月)	
今回の治療が第2子以降の特定不妊治療である場合のみ記入願います。 ※治療対象の子ども毎の助成回数になりますので、以前に特定不妊治療の対象となった子の氏名を記載してください。氏名()		
(太枠の中をご記入ください)		
※2 起案年月日		収 受 印
決定年月日		
通知年月日		
受給者番号		
受給者番号		

※1は、単身赴任等で住所が異なる場合に記入してください。

※2は、記入しないでください。

治療の内容・結果および妊娠の経過について行政への報告を行うことに関する説明書

(1) 報告の目的

厚生労働省では、特定不妊治療を行う医療機関に対し、行われた特定不妊治療の内容、結果および妊娠の経過について、日本産科婦人科学会（以下「学会」という。）を通じた報告への協力を求めています。

これを集計し、分析することにより、厚生労働省は、助成事業の成果を把握し、今後の助成事業の制度を一層充実していく上で検討の参考とすることができます。また、行われた治療の効果を把握することにより、わが国の不妊治療の発展のために参考となる学術データを得ることができます。

さらに、厚生労働省は、助成事業を実施する都道府県、指定都市および中核市に対し、集計、分析結果を提供し、都道府県、指定都市および中核市も事業の成果を把握し、助成事業の充実に役立てることができるようにしています。

(2) 報告の内容、方法

各医療機関から、学会のデータベースを通じ、下記項目の統計情報として、厚生労働省に報告されます。

報告には個人名の記載はなく、内容は統計的に集計され、行政側は、全国の患者様の状況について総計として把握することとなります。個人が特定されることはなく、プライバシーは、厳守されます。

報告・集計される項目

[報告は医師が行います。]

I 治療から妊娠まで

- (1) 患者様（女性）の年齢
- (2) 不妊の原因
- (3) 治療の内容，妊娠の有無

II 妊娠から出産まで

- (4) 妊娠・出産の状況
- (5) 生まれた子の状況

特定不妊治療受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないかまたは極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

(元号) 年 月 日

医療機関の名称および所在地
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日	夫	平成 昭和 年 月 日 (歳)	妻	平成 昭和 年 月 日 (歳)
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号(注参照)に○を付けてください。		AまたはBの場合 1 体外受精 2 顕微授精 該当する番号に○を付けてください。	
	男性不妊治療を行った場合は、手術療法を記載してください。 []			精子回収の有無 1. 有 2. 無
今回の治療期間※1	(元号) 年 月 日 ~ (元号) 年 月 日 (男性不妊治療分) (元号) 年 月 日 ~ (元号) 年 月 日			
日本産婦人科学会 UMIN個別調査票 登録の有無	有 → 症例登録番号 ※2			無
領収金額	[今回の治療にかかった金額合計（保険外診療に限る。）]			
	特定不妊治療費（男性不妊治療費除く）	領収金額	円	
	男性不妊治療費※3	領収金額	円	

※1 治療期間については、採卵準備または凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から特定不妊治療終了日までを記載してください。

※2 日本産婦人科学会UMIN個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。

※3 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の指定を受けていない医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療費として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください（令和3年3月31日までに終了する治療に限る）。

(注) 助成対象となる治療は次のいずれかに相当するものです（採卵に至らないケース（侵襲的治療のないもの）は、助成対象となりません。）。

- A 新鮮胚移植を実施
- B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療（採卵・受精後、胚を凍結し母胎の状態を整えるために1～3周期程度の間隔を空けた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療）を実施
- C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
- D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
- E 授精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止
- F 採卵した卵が得られない、または状態のよい卵が得られないため中止

※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、または状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。

函館市記載欄	受給者番号		備考	
--------	-------	--	----	--

特定不妊治療受診等証明書（男性不妊治療用）

下記の者については、男性不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

(元号) 年 月 日

医療機関の名称および所在地
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日	夫	平成 昭和 年 月 日 (歳)	妻	平成 昭和 年 月 日 (歳)
今回の治療方法	行った手術療法を記載してください ()			精子回収の有無 1. 有 2. 無
今回の治療期間※	(元号) 年 月 日 ~ (元号) 年 月 日			
領収金額	[今回の治療にかかった金額合計（保険外診療に限る。）] 男性不妊治療費 領収金額 円			

※ 治療期間については、男性不妊治療手術を行った日を記載してください。

男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、または状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。

函館市記載欄

受給者番号		備考	
-------	--	----	--

事実婚関係に関する申立書

令和____年____月____日

下記二名については、事実婚関係にあります。

また、治療の結果、出生した子について認知を行う意思があります。

① 不妊に悩む方への特定治療支援業申請者の住所、氏名

住所 _____

氏名 _____

② 不妊に悩む方への特定治療支援事業申請者の住所、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は記入)

函館市長様

函 子 母
(元号) 年 月 日

様

函館市長

特定不妊治療費助成決定通知書

(元号) 年 月 日付けで申請のあった特定不妊治療費の助成について、次のとおり決定したので函館市特定不妊治療費助成事業実施要綱第7条第2項の規定により通知します。

記

- 1 この助成金の交付の対象となる経費および助成金の額は、次のとおりです。

助成対象経費	助成金の額
円	円

- 2 虚偽の申請その他不正な行為があった場合は、この助成金の交付の決定の全部または一部を取り消し、当該取消しに係る部分に関し既に交付された助成金があるときは、その返還を命ずることがあります。
- 3 助成金の返還を命ぜられ、これを納期日までに納付しなかったときは、納期日の翌日から納付の日までの日数に応じ、その未納付額（その一部を納付した場合におけるその後の期間については、その納付額を控除した額）につき年10.95パーセントの割合で計算した違約延滞金を市に納付しなければなりません。

函館市子ども未来部母子保健課
TEL 0138-32-1533
FAX 0138-32-1506

函 子 母
(元号) 年 月 日

様

函館市長

特定不妊治療費助成金不交付決定通知書

(元号) 年 月 日付けで申請のあった特定不妊治療費の助成について、助成しないことと決定したので函館市特定不妊治療費助成事業実施要綱第7条第3項の規定により通知します。

記

不交付の理由

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に函館市長に対して異議申立てをすることができます。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

函館市子ども未来部母子保健課

TEL 0138-32-1533

FAX 0138-32-1506

別記第6号様式（第9条関係）

函 子 母
(元号) 年 月 日

様

函館市長

函館市特定不妊治療費助成事業指定医療機関指定通知書

函館市特定不妊治療費助成事業に係る指定医療機関として指定することとしたので、函館市特定不妊治療費助成事業実施要綱第9条第1項の規定に基づき通知します。

函館市子ども未来部母子保健課

TEL 0138-32-1533

FAX 0138-32-1506

別記第7号様式（第10条関係）

函 子 母
(元号) 年 月 日

様

函館市長

函館市特定不妊治療費助成事業指定医療機関取消通知書

函館市特定不妊治療費助成事業に係る指定医療機関としての指定を取り消すこととしたので、函館市特定不妊治療費助成事業実施要綱第10条第2項の規定に基づき通知します。

函館市子ども未来部母子保健課

TEL 0138-32-1533

FAX 0138-32-1506

特定不妊治療費助成事業台帳

	(ふりがな) 氏名	生 年 月 日	
夫	()	平成 昭和	年 月 日生 (歳)
妻	()	平成 昭和	年 月 日生 (歳)
住 所	〒 夫・妻 電話		
※ 住 所	〒 夫・妻 電話		
受給者番号		備考	第 子治療開始時年齢 歳・助成上限回数 回

特定不妊治療

申請受付 年 月 日	申請額	(交付・不交付) (決定年月日)	助成額	医療機関	治療期間		患者識別 番号の 有 無	備 考
					開 始	終 了		
(初回分)		(交 付・不交付)			-----			
		(交 付・不交付)			-----			
		(交 付・不交付)			-----			
		(交 付・不交付)			-----			
		(交 付・不交付)			-----			
		(交 付・不交付)			-----			

男性不妊治療

申請受付 年 月 日	申請額	(交付・不交付) (決定年月日)	助成額	医療機関	治療期間		患者識別 番号の 有 無	備 考
					開 始	終 了		
(初回分)		(交 付・不交付)			-----			
		(交 付・不交付)			-----			
		(交 付・不交付)			-----			

- ※欄は、夫婦の住所が異なる場合に記入する。
住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。
- 備考欄には、特定不妊治療費受診等証明書に記載の「体外受精」, 「顕微授精」およびC～Fの該当項目を記入する。