

通院状況確認書

氏名(妻)		生年月日	年	月	日生(歳)
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
治療の種類	該当する記号に を付けてください。(男性不妊治療分を除く) A B C 治療中止(D~F)				
通院した医療機関	医療機関名		所在地		
			〒		
回数	受診日	市記入欄			
		本市への住民登録	領収書等の確認	助成対象	
1	年 月 日				
2	年 月 日				
3	年 月 日				
4	年 月 日				
5	年 月 日				
6	年 月 日				
7	年 月 日				
8	年 月 日				
申請額	基準額	円 ×	回(上限8回	1) =	円 ...

治療の種類(排卵前に中止となった場合(卵胞が発育しない、体調不良)は対象外)

- A 採卵から新鮮胚移植を実施
- B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施(採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために一定の期間をあけた後に胚移植を行う治療を行った場合)
- 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 受精できず(又は、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常受精等により中止)
- F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止

氏名(夫)		生年月日	年	月	日生(歳)
治療の種類	男性不妊治療				
通院した医療機関	医療機関名		所在地		
			〒		
回数	受診日	市記入欄			
		本市への住民登録	領収書等の確認	助成対象	
1	年 月 日				
2	年 月 日				
3	年 月 日				
4	年 月 日				
5	年 月 日				
6	年 月 日				
7	年 月 日				
8	年 月 日				
申請額	基準額	円 ×	回(上限8回	2) =	円 ...

合計申請額(+)	円
------------	---

(留意事項)

- 1 申請は生殖補助医療の一連の治療過程終了後に行ってください。
- 2 助成対象となるのは 1と 2を合わせて8回までです。
- 3 治療期間に該当するのは、採卵準備又は胚移植を行うための投薬開始から妊娠確認までです。(治療計画作成を行った場合は作成の日を含む。)
- 4 診察を行わない薬や処方箋の受け取り、カウンセリングのみの通院は助成対象外です。
- 5 男性不妊治療は、精子を精巣または精巣上皮から採取するための手術に限る。
(手術の結果、精子が得られない・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対象)
- 6 令和7年3月31日以前の通院は対象外です。

この様式は申請者本人が記入するものです。医療機関に記入を依頼する必要はありません。