

香川県不育症治療費助成申請書

年 月 日

香川県知事 殿

私は、下記の同意事項の欄に記載の内容について同意のうえ、次のとおり不育症治療費の助成を申請します。

申請者 ※	(ふりがな) 氏名	( )	電話番号	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		
	住所	〒 -		
助成金 申請額	(A) 医療機関等で支払った自己負担額 (第3号様式記載額のとおり)	金 円		
	(B) 保険者からの給付額等 (下欄の額のとおり)	金 円		
	助成金申請額(A) - (B)	金 円		
申請者又は申請者の扶養者が被保険者となる公的医療保険の保険者や他の地方公共団体からの医療給付、助成等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (下欄に給付等の状況 (予定を含む。) を記入)			
	保険者名 又は 地方公共団体名			
	給付 (予定) 金額	円		円
	給付 (予定) 時期	年 月		年 月
同意事項	<p>1 香川県が助成の決定を行うために必要な場合、次のとおり関係機関に照会することについて同意します。</p> <p>① 香川県が医療給付の有無等について、申請者又は申請者の扶養者が被保険者となる公的医療保険の保険者、他の地方公共団体に対して照会すること。</p> <p>② 香川県が、不育症治療の内容、費用等について、関係の医療機関、調剤薬局に対して照会すること。</p> <p>2 香川県が、助成事業の成果を把握し、今後の制度の充実等を検討するため、治療内容、治療結果を収集し、個人が特定されないよう統計的に処理したものを専門家に提供し、意見を求めること。</p>			

※ この助成金の申請者は、不育症治療を受けたご本人です。

【添付書類】

- (1) 香川県不育症治療費助成事業受診等証明書 (第2号様式)
- (2) 香川県不育症治療費助成申請額 (自己負担額) 証明書 (第3号様式)
- (3) 申請者の住民票の写し (発行から3月以内の原本)
- (4) 助成金請求書 (参考様式)

香川県不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の者について、次のとおり不育症治療のためのヘパリン療法を実施したことを証明する。

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（主治医が記入してください。）

（ふりがな） 氏名	（ ）	生年 月日	昭和 年 月 日 平成 （ 歳）
既往歴	<input type="checkbox"/> 流産（ 回） <input type="checkbox"/> 死産（ 回） <input type="checkbox"/> 早期新生児死亡（ 回）		
ヘパリン療法の適用理由	<input type="checkbox"/> 抗CLβ <sub>2</sub> GPI複合体抗体陽性 <input type="checkbox"/> ループスアンチコアグulant検査陽性 <input type="checkbox"/> 抗CL Ig G抗体陽性 <input type="checkbox"/> 抗CL Ig M抗体陽性 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
治療内容	主なヘパリンの投与方法	<input type="checkbox"/> 在宅自己注射 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	ヘパリン投与の単位、回数等	<input type="checkbox"/> 未分画ヘパリン <input type="checkbox"/> 低分子量ヘパリン 単位/回、    回/日	
	併用した治療薬の有無	<input type="checkbox"/> あり（併用薬剤名： ） <input type="checkbox"/> なし	
治療期間	年 月 日 から 年 月 日 まで （ 妊娠 週 ）    （ 妊娠 週 ）		
治療結果	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 死産・流産 <input type="checkbox"/> 妊娠継続中 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
複数の医療機関と連携して治療を行った場合	連携医療機関の名称		治療内容
院外処方による投薬の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
備考欄	（特記事項がある場合、その他の内容の記入枠が不足の場合は、ここにご記入ください。）		

（複数の医療機関で治療を受けた場合は、治療の中心となった医療機関で証明を受けてください。）

第3号様式

香川県不育症治療費助成申請額（自己負担額）証明書

不育症治療のため実施したヘパリン療法の治療（処方）費用として、下記のとおり自己負担額を支払いました。

年 月 日

申請者氏名

生年月日 年 月 日

医療機関、調剤薬局の名称			
治療（処方）年月日		年 月 日 ～ 年 月 日	
治療（処方）年月	自己負担額	治療（処方）年月	自己負担額
年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円
自己負担額の合計			円

不育症治療のため実施したヘパリン療法の治療（処方）費用として、上記のとおり自己負担額を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関等の

名称及び所在地

証明者職氏名

照会先電話番号

注1) 助成の対象となる自己負担額は、ヘパリン療法及びこの療法を継続するために必要な治療（処方）費用です。不育症検査の費用、ヘパリン療法以外の治療（処方）費用、ヘパリン療法と併用する薬剤投与の費用などは、含めないでください。また、入院時の差額ベッド代、食事代、文書料など直接治療に関係のない費用も含めないでください。

注2) この証明書は、治療、処方を受けた医療機関、調剤薬局ごとに別々に作成してください。

注3) 医療機関等の証明がない場合は、自己負担額の確認が可能な医療機関等が発行した証明書又は領収証などを添付してください。

# 請 求 書

不育症治療費助成金 金 \_\_\_\_\_ 円

上記の金額を請求します。

年 月 日

香川県知事 殿

郵便番号 〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

(フリガナ)

氏 名 \_\_\_\_\_

支払方法 口座払い	振込先	金融機関名	銀行 金庫 組合		本店 支店 出張所				
		預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	┆	┆	┆	┆	┆
		(フリガナ) 口座名義人	( )						

請求金額の修正はできません。

請求印を押印しない場合は、欄外に発行責任者及び担当者の氏名並びに連絡先を記載してください。(請求印の押印のある場合は、発行責任者等の記載は不要です。)

フリガナを必ず記入してください。

預金種目欄の該当する口欄に印を付けてください。

請求者と口座振込名義人は同一としてください。