野田市告示第　２６４　号

野田市早期不妊検査費助成金交付要綱（令和８年野田市告示第２５９号）の施行に関し必要な様式のひな型を別紙のとおり定め、公示の日から施行する。

令和８年１０月１日

野田市長　　鈴　木　　有

様式第１号

野田市早期不妊検査費助成申請書

年　　月　　日

野田市長　鈴木　有　様

関係書類を添えて下記のとおり、野田市早期不妊検査費の助成を申請します。

□ 下記の事項１～３の全てに該当することを確認し、申請します。	※該当することを確認の上、□に✓を記載してください。

１　過去に他市町村で下記申請検査に係る標記助成事業の助成を受けていない。

２　助成要件確認のため野田市が保有する住民基本台帳等の公簿による確認、他市町村及び医療機関に照会することに同意する。

３　千葉県早期不妊検査費助成事業について、千葉県が提供する動画を視聴の上、事業内容を確認している。

（キーワード：　　）※動画内に表示される５文字のキーワードを記入してください。

申請者	ふりがな		生年月日	昭和　年　月　日 平成 （　　）歳
	氏　名			
	現住所	〒		
	電話番号	【自宅･携帯･その他（　）】　—　—		＊日中必ず連絡のとれる電話番号を記入
配偶者	ふりがな		生年月日	昭和　年　月　日 平成 （　　）歳
	氏　名			
	現住所	〒		
	電話番号	【自宅･携帯･その他（　）】　—　—		＊日中必ず連絡のとれる電話番号を記入
助成対象期間		（申請者または配偶者の検査開始日のうち、どちらか早い日　年　月　日 ～ １年間		
申請額		円		

振込先	金融機関名	銀　行 金　庫 組　合 農　協		本　店 支店（支所） 出 張 所
	預金の種類	普通 当座	フリガナ 口座名義人	（申請者または配偶者の名義の口座を記入）
	口座番号			（口座番号は右詰記入）

※太枠内を御記入ください。

様式第１号

野田市記入欄　※記載しないでください

<table>
<tr><td>申請受理
年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>受給者
番　号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>要件確認</td><td colspan="5">□婚姻　　□住所　　□野田市助成歴の有無　□夫・妻双方の検査実施　□検査期間</td></tr>
<tr><td rowspan="2">助成結果</td><td rowspan="2">□承認
□不承認</td><td>助成対象額</td><td>支給決定額</td><td colspan="2">承認・不承認年月日</td></tr>
<tr><td>円</td><td>円</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
</table>

様式第２号

年　　月　　日

野田市長　鈴木　有　様

所　在　地：

医療機関名：

診 療 科 名：

主治医氏名：

野田市早期不妊検査実施証明書

次のとおり、標記助成事業の対象となる不妊検査を実施したことを証明します。

医療機関記入欄

<table>
<tr><td colspan="6">☐　当医療機関は、保険適用となっている不妊に関する治療・検査について、保険診療で実施している。(該当することを確認の上、□に✓を記載)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">対象者</td><td rowspan="2">男</td><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">昭和
平成　　年　　月　　日（　　歳）
令和</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>検査期間</td><td colspan="4">年　　月　　日　～　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">女</td><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">昭和
平成　　年　　月　　日（　　歳）
令和</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>検査期間</td><td colspan="4">年　　月　　日　～　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">助成対象の期間
※対象者の検査開始日を記載（男女両方の検査を証明する場合は対象者の検査開始日のうち、いずれか早い日を記載）</td><td colspan="3">年　　月　　日
～　１年間</td></tr>
<tr><td rowspan="4">助成対象となる不妊検査に係る患者負担（領収）額</td><td colspan="2">合　　計</td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td rowspan="3">内訳</td><td>初(再)診料等</td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td>検査料等</td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td>文書料</td><td colspan="3">円</td></tr>
</table>

様式第２号

検査種類	男性の検査（下記該当項目に☑）	女性の検査（下記該当項目に☑）
不妊検査 他の助成金を受けていない不妊検査に係る経費	□　精液検査（精液量、精子濃度、精子運動率、正常形態率等） □　内分泌検査（卵胞刺激ﾎﾙﾓﾝ、黄体化ﾎﾙﾓﾝ、ﾃｽﾄｽﾃﾛﾝ、乳汁分泌ﾎﾙﾓﾝ等） □　画像検査（陰嚢超音波検査等） □　感染症検査 □　精子受精能検査 □　染色体・遺伝子検査 □　その他（　　）	□　基礎体温測定 □　超音波検査 □　内分泌検査（黄体化ﾎﾙﾓﾝ、卵胞刺激ﾎﾙﾓﾝ、ｴｽﾄﾗｼﾞｵｰﾙ、乳汁分泌ﾎﾙﾓﾝ、ﾌﾟﾛｹﾞｽﾃﾛﾝ、ﾃｽﾄｽﾃﾛﾝ測定等） □　AMH 検査 □　感染症検査 □　卵管疎通性検査（卵管通気法、子宮卵管造影、超音波下卵管通水法等） □　頸管因子検査（頸管粘液検査、ﾌｰﾅｰ検査等） □　染色体・遺伝子検査 □　その他（　　）

様式第３号

事実婚関係に関する申立書

年　　月　　日

野田市長　鈴木　有　様

①申立人（夫）の住所、氏名

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）

②申立人（妻）の住所、氏名

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）

私達２名は、事実婚関係にあることを申し立てます。

※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）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式第４号

第　　号

年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

野田市長　鈴木　有

野田市早期不妊検査費助成事業助成決定通知書

　　年　　月　　日で申請のあった標記助成については、下記金額を支給することに決定しましたので通知します。

記

１　助成金支給金額

　　金＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

２　その他

（１）助成金は申請書に記載された振込先に振り込まれます。

（２）本助成金は、医療費控除の計算上、保険金などで補てんされる金額として、当該医療費の額から差し引く必要があります。

　　確定申告に当たっては、本通知書を保管の上、適切に申告してください。

担当：野田市保健センター　母子保健係

電話：０４－７１２５－１１９０

様式第５号

第　　号

年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

野田市長　鈴木　有

野田市早期不妊検査費助成事業不承認決定通知書

　　年　　月　　日で申請のあった標記助成については、下記理由により不承認としましたので通知します。

記

◇不承認とした理由

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当：野田市保健センター　母子保健係

電話：０４－７１２５－１１９０

様式第6号

No.＿＿＿＿＿＿

野田市早期不妊検査費助成事業台帳

受給番号	申請年月日	決定年月日	承認・不承認	対象者(男)氏名	対象者(男)生年月日	申請時対象者(男)年齢	対象者(女)氏名	対象者(女)生年月日	申請時対象者(女)年齢	助成決定額	不承認の理由	備考