

不妊治療費助成交付申請書

年 月 日

内灘町長

- 1 関係書類を添えて下記のとおり、不妊治療費の助成を申請します。
- 2 本申請に係る治療に対し、他の市町及び県の重複する助成を受けません。
- 3 審査に必要な住民登録や受診状況及び医療保険各法に基づく給付情報等について調査する事に同意します。

申請者(兼)請求者 (夫) 氏名 _____ (署名又は記名押印)
 (妻) 氏名 _____ (署名又は記名押印)

不妊治療に要した本人負担額 (A) 金 _____ 円
 高額療養費制度支給額 (B) 金 _____ 円
 付加給付支給額 (C) 金 _____ 円
 本人負担額 (A-B-C) 金 _____ 円 申請金額 金 _____ 円

注) 太枠の中をご記入下さい。

	氏 名 (フリガナ)	生 年 月 日		
夫	()	年	月	日 (歳)
妻	()	年	月	日 (歳)
住 所(※1)	〒 _____ (電話 _____)			
住 所(※2) (夫・妻)	〒 _____ (電話 _____)			
町への申請履歴	申請回数	回目	前回の助成期間	年 月～ 年 月分
加 入 医 療 保 険 (夫)	【保険者名称】 【被保険者記号番号 _____】 【区分】 本人・家族		【保険者番号】 【被保険者名】	
加 入 医 療 保 険 (妻)	【保険者名称】 【被保険者記号番号 _____】 【区分】 本人・家族		【保険者番号】 【被保険者名】	
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行・信用金庫・農協 支店		
	預 金 種 別	普通 ・ 当座	口座番号	
	口 座 名 義 人 (申請者と同一)			
必ず添付する書類	<input type="checkbox"/> 不妊治療医療機関受診等証明書 (保険薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明書も必要です) <input type="checkbox"/> 領収書及び診療明細書 <input type="checkbox"/> 高額療養費支給決定通知書等の保険給付証明書類 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 (6 箇月以内のもの) <input type="checkbox"/> 住民票			

※ 保険診療の不妊治療のうち、年度中(4月1日から翌年3月31日まで)の本人負担分を翌年度の3月31日までに申請してください。なお、年度の途中でも申請できます。

※1: 夫婦の住所を記入する。

※2: 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。)