

不妊治療費助成金交付申請書兼請求書(回目)

申請日 年 月 日

南越前町長 様

申請者氏名

(口座名義と同じ)

印

南越前町不妊治療費助成事業実施要綱第10条に基づき、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(請求)します。

記

| | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------------|-----------------------|
| 夫氏名 | ふりがな | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| 妻氏名 | ふりがな | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| 住所 | 〒 南越前町 電話 - - | | |
| 住所(夫・妻) | 〒 (夫婦の住所が異なる場合に記入) | | |
| 助成金申請額合計(請求額) | ①+② | | 円 |
| 内訳 | 項目 | 当該年度 交付決定済額 | 助成対象額 (県助成額を控除した額) |
| | 不妊治療費 (年間60万円上限) | 円 | 円 ① |
| | 精巣内精子採取術費 (年度1回20万円上限) | 円 | 円 ② |
| 助成金振込先 | 金融機関名 | 銀行・信用金庫 本店・支店 農協 本所・支所 | |
| | 預金種別 | 普通当座 | (ふりがな) () 口座名義人 |
| | 口座番号(左詰記入) | 店番号 | 口座番号 |
| 同意欄 | 町が、申請事項確認のため夫婦両人の住民基本情報及び所得関係情報等について公簿等を閲覧し調査することに同意します。 申請者(署名) 配偶者(署名) | | |
| 添付書類 (右記の□欄を チェック☑して ください) | <input type="checkbox"/> ①医療機関発行の領収書、診療明細書 <input type="checkbox"/> ②県医療機関受診等証明書の写し(県助成対象の場合) <input type="checkbox"/> ③様式第2号不妊治療医療機関受診等証明書(町様式) ※県助成対象外の治療(人工授精・先進医療(保険適用回数終了後)・審議中の技術・県助成上限回数を超える治療)が含まれる場合 <input type="checkbox"/> ④様式第3号精巣内精子採取術受診等証明書(治療をされた方のみ) ※県助成対象の場合、県様式の写しで可 <input type="checkbox"/> ⑤県の決定通知書の写し(県助成対象の場合) <input type="checkbox"/> ⑥夫婦両人の完納証明書(町税の未納が無い旨を証明するもの) <input type="checkbox"/> ⑦夫婦両人の健康保険証の写し <input type="checkbox"/> ⑧限度額適用認定証の写し <input type="checkbox"/> ⑨夫婦又はどちらか一方の住民票抄本※上記の同意(署名)により提出不要 <input type="checkbox"/> ⑩夫婦の戸籍謄本(事実婚の場合は、両人の戸籍謄本、住民票、事実婚関係に関する申立書・意向確認書) ※県助成対象の場合-提出不要 | | |
| 申請受理年月日 | 年 月 日 | (承認・不承認) 決定年月日 | 年 月 日 |

注1) 太枠の中をご記入ください。

注2) 治療が終了した日の属する年度の翌年度末日までに申請してください

(やむを得ない理由により申請が遅れる場合はご連絡ください。)