

年 月 日

東串良町長 様

申請者兼請求者 住所
氏名
電話

東串良町不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

東串良町不妊治療費助成金交付要綱第6条1項の規定により、関係書類を添えて以下のとおり申請及び請求します。

		夫	妻	
(フリガナ) 氏 名		()	()	
生 年 月 日		年 月 日	年 月 日	
加入 医療 保険	種 別	☐ 国保 ☐ 健保 ☐ 船員 ☐ 共済 ☐ その他 ()		☐ 国保 ☐ 健保 ☐ 船員 ☐ 共済 ☐ その他 ()
	記号・番号			
	区 分	☐ 本人 ☐ 被扶養者		☐ 本人 ☐ 被扶養者
住 所		〒 電話番号		
上記以外の住所		〒 ※夫と妻の住所が異なる場合のみ記入		
婚 姻 状 況		☐ 法律婚 ☐ 事実婚		
高額療養費の有無		☐ 無 ☐ 有 (金額 円)		
付加給付等の有無		☐ 無 ☐ 有 (金額 円)		
その他助成金給付の有無		☐ 無 ☐ 有 (金額 円)		
振 込 先		金融機関名	☐ 銀行 ☐ 本店 (本所) ☐ 農協 ☐ 支店 (支所) ☐ 金庫 ☐ 出張所	
		種 目	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号
		口座名義人(カタカナで記入)		
過去の助成実績		○本町で助成を受けた回数 (回)		
交付を受けようとする助成金の申請額及び請求額				円

注1 不妊治療を受けている者が申請者兼請求者として記入すること。

注2 振込先の口座は、申請者兼請求者名義の口座を記入すること。

(町記載欄)

申請受理年月日	年 月 日	(交付・不交付) 決定年月日	年 月 日
受 給 者 番 号		助 成 決 定 金 額	円

(裏面)

同意書	☐助成要件の審査のため、町の担当者が住民基本台帳の情報及び納税の状況を閲覧することに同意します。また、町が他の自治体に対し申請に係る情報を照会又は提供すること及び医療機関等に対し治療内容等を照会することについて同意します。 ☐医療費の自己負担額が高額になった場合、一定の金額（自己負担限度額）を超えた部分が払い戻される高額療養費制度、付加給付金制度があります。この高額療養費等の支給を受けたかどうかの確認を、加入されている健康保険組合等の保 険者へ確認すること、また支給を受けたことが申請以降に確認できた場合、助成金の返還を求めることに同意します。 署名 （ ）
-----	---

添付書類

- ☐ 1 東串良町不妊治療費助成事業受診等証明書（別記第 2 号様式）
- ☐ 2 不妊治療に要した費用の領収書及び診療明細書
- ☐ 3 法律上の婚姻をしている夫婦であること又は事実婚関係にある夫婦であることを証する書類（世帯全員の続柄が記載された住民票謄本）
- ※本町に住民登録をしている夫婦で、町の担当者が必要な情報を閲覧することに同意する場合は省略可能
- ☐ 4 町税の滞納がないことを証明する書類（納税証明書等）
- ※本町に住民登録をしている夫婦で、町の担当者が必要な情報を閲覧することに同意する場合は省略可能
- ☐ 5 助成金の振込先の金融機関の口座の通帳等の写し
- ☐ 6 その他必要に応じ添付するもの
- 夫婦のどちらかが町外在住の場合
- ☐ 町外在住の方の住民票謄本
- ☐ 夫妻の戸籍の全部事項証明書
- 夫婦が事実婚関係の場合
- ☐ 事実婚関係に関する申立書（別記第 3 号様式）
- ☐ 夫妻の戸籍の全部事項証明書
- 保険適用の不妊治療を受けた場合
- ☐ 不妊治療を受けた方の健康保険証の写し
- 高額療養費、付加給付等、加入している健康保険から給付がある場合
- ☐ 当該給付額の確認ができる書類