

土庄町不育症治療費助成申請書

年 月 日

土庄町長 様

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	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
(C) 治療に要した交通費					
			金	円	
助成金申請額(A) - (B) + (C)					
			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 土庄町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 土庄町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 土庄町が、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>				

※ 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) 土庄町不育症治療費助成事業受診等証明書（第2号様式）
- (2) 土庄町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) 土庄町不育症治療費助成（交通費）申請書（様式第4号）  
領収書など医療機関の受診日が分かる書類を添付してください。
- (4) 医療機関等が発行した不育症治療に要した費用に係る領収書
- (5) 香川県不育症治療費助成決定通知書
- (6) 申請者の住民票の写し（発行から3月以内の原本）
- (7) 町税等完納証明書
- (8) 助成金請求書（様式第5号）