

土庄町特定不妊治療費助成事業申請書(請求書)

年 月 日

土庄町長 様

申請者氏名 _____

関係書類を添えて、次のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

助成対象者		加入する健康保険 ※保険診療の場合は、必ず記入すること。			
夫	ふりがな 氏名	【保険者名称】			
	生年月日	年 月 日(歳)	【保険者番号】		
妻	ふりがな 氏名	【被保険者の記号及び番号】			
	生年月日	年 月 日(歳)	【被保険者番号】		
住所(※1)		〒 _____ 電話番号 ()			
住所(※2)		〒 _____ 電話番号 ()			
助成申請額		合計申請額	金	円	
		(内訳)			
		申請額(男性不妊治療分を除く自己負担額)	金	円	
		申請額(男性不妊治療に係る自己負担額)	金	円	
		申請額(自宅から医療機関までの往復交通費)	金	円	
今回の治療を保険診療で受診した場合		限度額適用認定証の適用区分	<input type="checkbox"/> 受診者が妻 認定証の発効年月日 年 月 日 認定証の有効期限 年 月 日 <input type="checkbox"/> 受診者が夫 認定証の発効年月日 年 月 日 認定証の有効期限 年 月 日		
自治体から受けた令和4年4月以降に開始した特定不妊治療に対する助成の有無		<input type="checkbox"/> 特定不妊治療費の助成を受けたことはない。 <input type="checkbox"/> 特定不妊治療費の助成を受けたことがある。(受けた回数 回)			
		年度			
		自治体名			
		助成額			
		この申請書以外に現在、特定不妊治療費の助成を申請中の場合は、その内容を記入してください。()			
助成を受けた後の出産(12週以降の死産を含みます。)の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	出産前の助成回数をリセットすることができ、その場合は、戸籍謄本(死産の場合は、母子健康手帳のページの写し等)が必要です。		
		子の氏名	生年月日	年 月 日	

同意書

年 月 日

土庄町長 様

夫氏名

※署名又は記名押印

妻氏名

※署名又は記名押印

私たちは、土庄町特定不妊治療費助成事業に係る下記の事項について同意します。

記

1 助成金の交付について必要な場合は、土庄町が他の自治体へ照会すること及び他の自治体からの照会に対して情報を提供すること。

公正な交付を行うため、以前お住まいの自治体へ特定不妊治療費助成金の受給状況を確認することがあります。

2 助成金の交付について必要な場合は、加入する保険者に対する高額療養費及び付加給付の有無等を照会すること。

加入する保険者から高額療養費及び付加給付が支給された場合、特定不妊治療費にかかる自己負担額からその額を控除した残りの額が助成の対象となります。支給を受けたことが、申請以降に確認された場合は、助成金の返還を求めることがあります。

3 助成の適正を判断するために必要な場合は、土庄町が医療機関に対して治療内容等を照会すること。

4 この申請に必要な事項について、土庄町が公簿等により確認すること。

5 町税等の納税証明書の取得について、土庄町長に委任すること。

振込先 (申請者一致)	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協				本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座		フリガナ 口座名義人		
	口座番号					7桁で記入

※1 夫婦の住所を記入してください。

※2 単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

(注) この申請書は、添付書類とともに健康福祉課又は各地区公民館に提出してください。

添付書類

- 1 土庄町特定不妊治療費助成事業受診等証明書(保険診療)(様式第2号)又は土庄町特定不妊治療費助成事業受診等証明書(保険外診療)(様式第3号)
- 2 医療機関発行の領収書の写し
なお、領収書等に費用の内訳が記載されていない場合は、内訳が記載されている請求書明細等が必要となります。
- 3 夫婦の住所、婚姻関係及び婚姻の日を確認できる書類(戸籍謄本、住民票の写し等)
- (1) 法律婚の場合
- ・夫婦の住民票の写し(発行から3か月以内の原本で個人番号(マイナンバー)の記載がないもの)
(住民基本台帳で世帯の状況を確認できない場合)
- (2) 事実婚関係の場合
- ・夫婦の戸籍謄本(発行から3か月以内の原本)
- ・夫婦の住民票の写し(発行から3か月以内の原本で個人番号(マイナンバー)の記載がないもの)
- ・事実婚関係に関する申立書(様式第4号)
- 4 夫婦の町税完納証明書(単身赴任等で土庄町に住民票がない場合)
- 5 加入する健康保険の高額療養費及び付加給付の支給額を証明するもの(高額療養費支給決定通知書、限度額適用認定証の写し、付加給付支給決定通知書等)
- 6 その他()

(注) 年度内に複数回申請する際の2回目以降の申請で、前回添付した住民票の写しの発行日が2回目以降の申請日から3か月以内である場合は、住民票の写しを省略できます。(事実婚関係の場合は、省略できません。)