

美郷町不妊治療費等助成金交付申請書

年 月 日

美郷町長 殿

申請者 住 所 美郷町

氏名

(口座名義人と同一)

印

美郷町不妊治療費等助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

対 象 者		(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日		
	夫	()		年 月 日生 (歳)		
	妻	()		年 月 日生 (歳)		
	夫の住所	〒 —		電話 —		
	妻の住所 (夫と異なる場合のみ記入)	〒 —		電話 —		
	加入医療保険 (夫)	【種別】市町村国保・組合国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【保険者名】 () 【区分】本人・被扶養者 【記号・番号】 ()				
	加入医療保険 (妻)	【種別】市町村国保・組合国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【保険者名】 () 【区分】本人・被扶養者 【記号・番号】 ()				
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫・農協 本店・支店・出張所				
	預金種別	普通 ・ 当座	(ふりがな) 口座名義人	()		
	口座番号	(右詰で記入)				
本申請の検査・ 治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日		本申請の 通算回数	年度 回目 通算 回目	
申請額 (※1)	検査費		金	円	5万円に達するまで	
	治療費	一般	金	円	1ヶ年度につき10万円、通算2年間 通算10回まで(1子につき)	
		特定	金	円	本申請の治療に要した費用の額…A (円)	
			$(A-B) \times 1/2$		本申請に係る県からの助成額…B (円)	
高額療養費の申請		☐ 申請済み(限度額 円) ☐ 該当なし				

注) 太枠の中をご記入ください。

交付決定額

金

円

※1：不妊原因を調べるための検査は検査費に、治療の一環として行われる検査は治療費に含みます。

(添付書類) 美郷町不妊治療費等助成事業受診等証明書(検査用・治療用)又は宮崎県不妊治療費支援事業受診等証明書の写し、宮崎県不妊治療費支援事業決定通知書の写し、領収書、完納確認書

◎申請の際に、印鑑と健康保険証、口座番号が確認できるものをお持ちください。

(裏面)

美郷町不妊治療費等助成事業に関する同意書

年 月 日

美郷町長 殿

対象者氏名 夫.....印

妻.....印

私たちは、美郷町不妊治療費等助成金交付申請に係る下記の事項について同意します。

記

助成金交付の審査のために必要な要件を確認するため、町は次の事項について閲覧及び確認を行います。なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

1. 町内に住所を有することを確認するため、住民基本台帳を確認すること。
2. 法律上の夫婦であることを戸籍により確認すること。
3. 町税等の納付状況について調査すること。
4. 夫婦どちらかの住所が美郷町外の場合、同様の助成金を受けていないか確認すること。
5. 治療を受けた医療機関に治療内容の確認を行うこと。
6. 加入されている医療保険の保険者に、この治療について独自に医療費を助成する制度があるか確認すること。(申請後に、独自の助成を受けたことが判明した場合、助成金の返還を求めることがあります。)

《担当課確認欄》

	美郷町不妊治療費等助成事業受診等証明書
	領収書の写し
	戸籍上の夫婦であることを証明する書類（戸籍謄本等）
	夫婦の住所を確認できる書類（住民票等）
	夫婦の納税証明書
	その他町長が必要と認める書類（ ）