

本山町特定不妊治療費及び通院費助成事業申請書兼請求書

年 月 日

本山町長 様

申請者 氏名

本山町不妊治療費助成事業実施要綱第9条第2項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請及び請求をします。

夫	(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
	住所	〒	電話番号	
	加入医療保険	【種別】国保・健保・共済・船員【保険者番号】 【記号・番号】 【区分】 本人 ・ 被扶養者		
妻	(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
	住所	<input type="checkbox"/> 上記と同じ 〒	電話番号	
	加入医療保険	【種別】国保・健保・共済・船員【保険者番号】 【記号・番号】 【区分】 本人 ・ 被扶養者		
治療費助成申請額 (※)		円		
通院費助成申請額		円		
高知県特定不妊治療支援事業の助成 (対象者のみ)		「高知県特定不妊治療支援事業承認決定通知書」の通知日 年 月 日		
過去に自治体から 受けた助成の有無		<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)		
同意書 裏面に掲げる「確認すべき事項」について、同意します。 夫 氏名 _____ 妻 氏名 _____ ( 夫及び妻がそれぞれ自署)				
(※) 高知県特定不妊治療支援事業 (以下「県事業」という。) の対象者は、その助成を受けていることを前提として、特定不妊治療に要した費用の額から、県事業の助成を受けた額を控除した額について、1回当たり10万円を限度として助成します。				

注) 申請者の口座をご記入ください。

振込先	金融機関	銀行		支店
		信用金庫		本店
		農業協同組合		出張所
	種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義人	フリガナ		

【添付書類】

- 1 本山町特定不妊治療費助成事業医療機関受診等証明書（県事業の対象者は、高知県特定不妊治療支援事業指定医療機関受診等証明書の写し）
- 2 県事業の対象者は、高知県特定不妊治療支援事業承認決定通知書の写し
- 3 申請しようとする不妊治療に係る領収書及び明細書（県事業の申請により原本が無い場合は、写しで可）
- 4 高額療養費に係る自己負担限度額が確認できる書類
- 5 自動車道を使用した場合は、利用証明書

【確認すべき事項について】

この助成金は、公正な助成を行うため、一夫婦当たりの助成額の上限が決められています。転入された方について以前にお住まいの自治体にこの助成金の以前の助成状況を照会するなど、助成金を交付するのに必要な下記の事項について、本町が照会・確認させていただくことがありますので、あらかじめご了承ください。

なお、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

<確認事項>

- 1 特定不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、本町が他の自治体へ照会すること。
- 2 特定不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、他の自治体から本町に照会があったときに、これに回答すること。
- 3 本町の住民であること（住民基本台帳等）。
- 4 治療状況等について、医療機関及び調剤薬局等に照会すること。
- 5 健康保険組合等の保険者の規約等により、不妊治療に関する支給等について、保険者へ照会すること。