

不妊治療費助成金申請書

年 月 日

申請先 標茶町長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

標茶町不妊治療費の助成に関する規則第5条の規定に基づき、次のとおり不妊治療費助成金の交付について関係書類を添えて申請します。

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
夫		昭和 平成 年 月 日
妻		昭和 平成 年 月 日
配偶者住所・電話番号	(申請者の住所と配偶者の住所が異なる場合に記入してください) 電話番号	
○本申請に係る不妊治療費について、高額療養費・付加給付金の支払いを受けましたか? ・受けていない ・受けた		
加入医療保険(夫)	【種別】町国保・組回国保・協健・共済・その他() 【保険者番号】() 【区分】本人・被扶養者	
加入医療保険(妻)	【種別】町国保・組回国保・協健・共済・その他() 【保険者番号】() 【区分】本人・被扶養者	
○過去に標茶町又は他の市町村で不妊治療費に関する助成金を受けたことがありますか? ・ない ・ある(過去 回受けたことがある) ⇒助成を受けた市町村名()		
申請額 (助成額) *町記入欄	治 療 内 容	○保険診療による治療(先進医療分を除く) 円
		○男性不妊治療 円
		○保険診療と併用した先進医療 円
		○院外処方による薬剤治療 円
		治療費合計 円
	高額療養費等の給付金 円	
	助成申請額 円	
不妊治療費助成金の交付を申請するにあたり、標茶町が助成の適否を決定するために、住民基本情報及び町税の納付状況の確認、必要に応じて他の市町村に対しこの申請に係る情報を照会又は提供することについて承諾します。また、女性の適性を判断するために必要な場合は、他の地方公共団体及び加入する医療保険者に情報を照会・提供すること並びに医療機関に受診等証明書の内容を照会することを同意します		
申請者自署 _____		配偶者自署 _____
また、適正と判断された場合は、下記口座に振り込むよう依頼します。		
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫 本店 農協 支店
	口座種別	普通・当座 口座番号 (ふりがな) 口座名義人名

(裏)

【添付書類】

- (1) 標茶町不妊治療費助成受診等証明書
- (2) 標茶町不妊治療費助成調剤等証明書
- (3) 医療機関・調剤薬局発行の領収書の写し
- (4) 治療を行った方の保険証
- (5) 高額療養費及び付加給付金等の決定通知書（または不支給決定通知書）
 - * 本助成金の申請前に、加入している公的医療保険の保険者へ高額療養費等の申請をしてください
 - * 高額療養費限度額適用認定証をお持ちの場合は、併せて提出をお願いします。

【留意事項】

- * (1) は医療機関、(4) は調剤薬局に作成を依頼してください
- * (4) は高額療養費や付加給付金の支給対象となる場合に必要です。
(自己負担額が 21,000 円以上の月のある方は、必ず加入している公的医療保険の保険者にご確認ください)
- * 審査の過程で上記以外に必要な書類の提出を求める場合があります。
- * 情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

【助成額について】

- * 1 回あたりの助成額は、標茶町不妊治療費助成等証明書の本人負担額から高額療養費及び付加給付金並びに他の自治体からの助成額を除いた金額と、助成限度額を比較した、低い方の額になります。

町 記 入 欄	申請者の状況等の確認	支給決定
	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 (回目・初回申請： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 住民登録 (夫： <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無、 妻： <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 町税の滞納がないこと (夫： <input type="checkbox"/> 、 妻： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 他市町村の助成がないこと	可 否