

早島町不妊治療費助成申請書

早島町長様

年 月 日

早島町不妊治療費助成事業実施要綱の規定により、以下の事項に同意の上、関係書類を添えて申請します。

- ・申請にあたり、住民基本台帳の記載事項及び町民税課税台帳等により早島町税の納付状況について確認されること、並びに必要な場合、早島町以外の自治体に対して助成の有無等、医療機関及び加入保険者に対して、治療の内容、高額療養費、付加給付金等について、照会されること。
- ・助成金の交付を受けた後において、新たな当該助成金の算定の基礎となった自己負担額から差し引かれるべき金銭があることが判明したとき、又は他自治体から同様の助成金の交付を受けていることが判明したときは、助成金の全部または一部の返還を求められること。
- ・施策の検討に活用する等のために、治療内容等について個人が特定されない形で岡山県へ情報を提供すること。

太枠をご記入ください。

申請者 (口座名義人)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			(歳)
	住所	〒	電話番号	
	加入している健康保険者名	※不妊治療を受けていない場合は不要		
申請者の配偶者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			(歳)
	住所	〒	電話番号	
	加入している健康保険者名	※不妊治療を受けていない場合は不要		
事実婚に該当する場合は、こちらにチェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 <input type="checkbox"/>				
① 不妊治療に係る医療費の医療機関への支払額 (自己負担額) *保険適用分に限る		円	「受領証明書」に記載された領収金額(自己負担額)の合計額と同額であること。 ※院外処方がある場合、「調剤証明書」に記載された領収金額(自己負担分)の合計額を含む。	
② 高額療養費の受給有無 (※1・2)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 「有」の場合	受給額	円	
③ 付加給付金の受給有無 (※2)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 「有」の場合	受給額	円	
④ 助成対象経費		円	①-②-③	
助成申請金額		円	④の額。ただし、上限10万円。	
<input type="checkbox"/> 当該治療に関して、他制度の助成及び他自治体から同様の助成金の交付を受けていません。または、受ける予定はありません。(確認後、チェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください)				
<input type="checkbox"/> 次の(1)及び(2)の金額が一致することを確認しました。(確認後、チェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。)				
(1) 「受診証明書」に記載された〔医療費の領収金額(自己負担額) (*保険適用分に限る)〕の合計(※3)				
(2) 医療機関から発行された「領収書(診療明細書)」のうち不妊治療に係る医療費(*保険適用分に限る)として自己負担分として支払った額の合計(※4)				

(※1) 限度額確認証又はマイナ保険証の利用により、医療機関窓口で支払った医療費(自己負担額)が自己負担限度額までとなった場合は、「無」にチェックを入れてください。

(※2) 申請者または、配偶者が、加入している医療保険から当該治療に係る医療費等の高額療養費又は、付加給付金の給付を受ける場合(予定を含む。)は、「有」にチェックを入れたうえ、受給額を記入してください。
受給の要件や受給有無・受給額等が不明な場合は、加入している医療保険者にお問い合わせください。

(※3) 院外処方がある場合、「調剤証明書」に記載の薬剤費の領収金額(自己負担分)の合計を含む。

(※4) 院外処方がある場合、薬局から発行された「領収書(調剤明細書)」における当該治療に係る薬剤費の合計を含む。

⇒裏面へつづく

⇒表面からのつづき

助成金振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合								店 支店 出張所
	種 別	普通 当座	口座番号							
	口座名義人 (カナ)									

※ 口座名義人は、申請者と同じ方としてください。

【添付書類】

- (1) 早島町不妊治療費助成事業受診証明書（様式第2号）
- (2) 早島町不妊治療費助成事業調剤証明書（様式第3号） ※当該治療に係る院外処方がある場合
- (3) 高額医療費又は付加給付の受給額が確認できる書類（各保険者から交付される支給決定通知書等）
- (4) 申請者及び配偶者の住民登録等が確認できる書類（免許証、マイナンバーカード等）
- (5) 夫婦であることが確認できる書類（戸籍謄本等）※法律上の夫婦であって住民票で夫婦であることが確認できない場合
- (6) 事実婚関係に関する申立書（様式第4号）※申請者及びその配偶者が事実婚関係にある場合
- (7) 助成金の振込先口座が確認できる書類（通帳の写し等）
- (8) その他町長が必要と認める書類

※町記入欄	決定年月日	年 月 日		支給 ・ 不支給				
	助成金額	円						
	治療開始日年齢 43歳未満	<input type="checkbox"/>	治療開始日	年 月 日				
	夫婦等確認	<input type="checkbox"/>	住民になった日	夫： 年 月 日 妻： 年 月 日				
	住基確認	<input type="checkbox"/>	町税確認	夫： <input type="checkbox"/> 妻： <input type="checkbox"/>	高額医療等確認	<input type="checkbox"/>	他自治体確認	<input type="checkbox"/>
	受領証明書等確認	<input type="checkbox"/>	備考					