

不妊及び不育治療費助成金交付申請書兼請求書（ 回目）

申請日 年 月 日

南越前町長 様

申請者氏名

（口座名義と同じ）

印

南越前町不妊及び不育治療費助成事業実施要綱第10条に基づき、関係書類を添えて以下のとおり不妊及び不育治療費の助成を申請（請求）します。

夫氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日（ 歳）
妻氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日（ 歳）
住所	〒 電話 - -		
住所（夫・妻）	〒 (夫婦の住所が異なる場合に記入)		
助成金申請額合計 (請求額)	① + ②		円
内訳	項目	助成対象額（県助成額等を控除した額）	
	不妊及び不育治療費	①	円
	精巣内精子採取術費	②	円
助成金振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協	本店・支店 本所・支所
	預金種別	普通当座	(ふりがな) 口座名義人 ()
	店番号 口座番号	-	
	通帳記号番号 (ゆうちょ)	-	
今回申請する治療費に対する高額療養費及び付加給付の有無該当するものに☑願います	高額療養費	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	高額療養費・付加給付還付額が分かる書類を添付願います。 助成決定後に還付があった場合助成金の一部を返還いただきます。
	付加給付	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
同意欄	町が、申請事項確認のため夫婦両人の住民基本情報及び所得関係情報等について公簿等を閲覧し調査することに同意します。 申請者(署名) _____ 配偶者(署名) _____		
添付書類 (右記の□欄をチェック☑してください)	<input type="checkbox"/> ①医療機関発行の領収書、診療明細書 <input type="checkbox"/> ②県医療機関受診等証明書の写し（県助成対象の場合） <input type="checkbox"/> ③不妊及び不育治療医療機関受診等証明書（町様式） <small>※県助成対象外の治療（人工授精・不育治療・保険適用外時の先進医療・審議中の技術・県助成上限回数(3回/年)を超えた治療など）がある場合</small> <input type="checkbox"/> ④精巣内精子採取術受診等証明書(治療をされた方のみ) <small>※県助成対象の場合、県様式の写しで可</small> <input type="checkbox"/> ⑤県の決定通知書の写し（県助成対象の場合） <input type="checkbox"/> ⑥高額療養費又は付加給付還付額が分かる書類の写し(決定通知など) <input type="checkbox"/> ⑦夫婦両人の完納証明書（町税の未納が無い旨を証明するもの） <input type="checkbox"/> ⑧夫婦両人の加入医療保険がわかるもの <input type="checkbox"/> ⑨夫婦又はどちらか一方の住民票抄本※上記の同意（署名）により提出不要 <input type="checkbox"/> ⑩夫婦の戸籍謄本（事実婚の場合は、両人の戸籍謄本、住民票、事実婚関係に関する申立書・意向確認書） <small>※県助成対象の場合 - 提出不要</small>		
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日

注1) 太枠の中をご記入ください。

注2) 治療が終了した日の属する年度の翌年度末日までに申請してください(やむを得ず申請が遅れる場合はご連絡ください)