様式第1号（第5条関係）

**錦江町不妊治療費助成事業申請書**

　　年　　月　　日

錦江町長　　　　　　　様

申請者　住　所　錦江町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　錦江町不妊治療費助成事業実施要綱第５条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）氏　　名 | 夫 |  | 妻 |  |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日（　歳） | 　年　　月　　日（　　歳） |
| 加入医療保険 | 市町村国保・組合国保・組合健保・協会けんぽ・共済組合・その他（　　　　　　　　　　　） | 市町村国保・組合国保・組合健保・協会けんぽ・共済組合・その他（　　　　　　　　　　　） |
| 電話番号 |  |  |
| 住　　所 | 〒893－　　　　　錦江町 |
| 夫婦の住所が　　　異なる場合 | 〒 |
| 高額療養費の有無 | 無　・　有　　(金額　　　　　　　　　　　　　円)　　　　　　　　　　　　 |
| 付加給付等の有無　　　　　 | 無　・　有　　(金額　　　　　　　　　　　　　円) |
| その他助成金給付の有無　　　　 | 無　・　有　　(金額　　　　　　　　　　　　　円) |
| 助成対象医療費のうち自己負担額　 | 保険適用　　　　　 　円　保険適用外　　　　　　 　　円　 |
| 給付を受けようとする助成金の額（申請額） | 保険適用　　　　　 　円 保険適用外 円 |
| 過去の助成実績 | 本町で助成を受けた回数　　　　　　　（　　　　　回）他の市町村で過去に助成を受けた回数　（　　　　　回） |

※　夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合

|  |  |
| --- | --- |
| 同意書 | □町民税、固定資産税、国民健康保険税、介護保険料、住宅使用料、水道料金及びその他の公共料金等を閲覧することに同意します。□医療費の自己負担額が高額になった場合、一定の金額(自己負担限度額)を超えた部分が払い戻される高額療養費制度、付加給付金制度があります。この高額療養費等の支給を受けたかの確認を、加入されている健康保険組合等の保険者へ確認すること、また支給を受けたことが申請以降に確認できた場合、助成金の返還を求めることがあることに同意します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署名　（　　　　　　　　　　　　　） |

（裏面）

（町記載欄）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申請受理****年月日** |  　年 　月 　日 | **（承認・不承認）****決定年月日** |  年 月 日 |
| 受給者番号 |  | 過去の助成回数 |  |
| 算定額 | 費用額　　　　　　　　　　　（A） | 円 |
| 高額療養費　　　　　　　　　（B） | 円 |
| 付加給付額　　　　　　　　　（C） | 円 |
| 助成対象額　　　　　　　　　（D）　　 | 円 |
| 助成金対象額　　　　A‐( B+ C+ D) | 円 |
| 助成金額 | 円 |
| 審査 | 住民票　定住日（　　　　年　　　月　　　日）　適・不適　町税　　　適・不適　　　　国民健康保険税　適・不適　　　住宅使用料　適・不適保育料　　適・不適　　　　その他（　　　　　　　　　　　）　適・不適 |

（添付書類）

* 1. 不妊治療受診等証明書（別記様式第2号）
	2. 不妊治療に要した費用の領収書及び診療明細書
	3. 町県民税や国保税等の納付証明等(夫婦分)・・・税務課で発行

※本町に住民登録をしている夫婦で、町の担当者が必要な情報を閲覧することに同意する場合は省略可能

* 1. 健康保険証の写し（夫婦分）
	2. 高額医療費、付加給付等、加入している健康保険から給付がある場合

当該給付額の確認ができる書類