

芽室町特定不妊治療費助成金申請書

年 月 日

芽室町長 様

(申請者) 住 所
氏 名
電話番号

関係書類を添えて、下記のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

	夫		妻		
ふりがな					
氏 名					
生年月日	年 月 日生 (歳)		年 月 日生 (歳)		
申請者と別の住所	※夫と妻の住所が異なる場合のみ記入 (夫 ・ 妻) 〒				
過去の助成の有無	過去に特定不妊治療費に係る助成を受けたことがありますか 無 ・ 有 → 過去 (回) 受けたことがある。 助成を受けた市町村名 芽室町 ・ その他 ()				
高額療養費・付加給付の給付の有無	高額療養費	有 ・ 無	付加給付	有 ・ 無	
治療に要した費用	円 (ア+イ+ウ)				
治療に要した費用の内訳		A 領収金額	B 高額療養費	C 付加給付金	D 自己負担額 (A-B-C)
	生殖補助医療費	円	円	円	ア 円
	先進医療費	円			イ 円
	男性不妊治療費	円	円	円	ウ 円
交通費・宿泊費	交通費 円 ・ 宿泊費 円				

- ※1 治療費の支払い時に限度額適用認定証を提示しなかった場合は、加入している健康保険又は組合に高額療養費の支給金額を確認し、「B 高額療養費」欄へ記入してください。
- ※2 付加給付金については、加入している健康保険又は組合に確認し、給付がある場合は「C 付加給付金」欄へ記入してください。

同 意 書	
芽室町特定不妊治療費助成事業実施要綱第7条に規定する審査に際し、担当職員が住民基本台帳及び町税の納付状況について、照会、調査、閲覧することに同意します。	
申請者	配偶者

振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座・貯蓄	
	口座番号		(左詰めで記入)
口座名義人 (申請者)		フリガナ	

【必要書類】

- ① 芽室町特定不妊治療費助成受診等証明書（第3号様式）
- ② 医療機関及び薬局（院外処方有の場合）が発行した治療に係る領収書
- ③ 高額療養費支給決定通知書の写し（該当する場合）
- ④ 付加給付金の金額が確認できるものの写し（該当する場合）
- ⑤ 宿泊に係る領収書 ※1
- ⑥ 口座の確認できるものの写し（通帳等）
- ⑦ 住民票謄本 ※2
- ⑧ 戸籍謄本 ※2
- ⑨ 夫婦の一方が町外に住所を有する場合は町外の方の住民票謄本、戸籍謄本
- ⑩ 事実婚で同一世帯でない場合は、事実婚関係に関する申立書（第1号様式）
- ⑪ その他必要と認める書類

※1 交通費・宿泊費の助成は、十勝管外の医療機関で治療した場合に対象となります。

※2 夫婦ともに芽室町に住所を有し、上記事項に同意された方は、⑦及び⑧の添付は不要です。