

## 砥部町不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

砥部町長 様

砥部町不妊治療費助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり不妊治療費の助成を申請します。

氏 名（ふりがな）		生年月日		治療開始時の年齢
①申請者		S H	年 月 日	歳
住所・連絡先	〒 - 電話（ ） -			
②パートナー		S H	年 月 日	治療開始時の年齢 歳
住所・連絡先	※①申請者の住所と異なる場合にのみ記載 〒 - 電話（ ） -			
以下該当する項目にレ点を記入してください				
高額療養費の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（金額 円）			
付加給付等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（金額 円）			
助成状況	<input type="checkbox"/> 今回が初めての申請 <input type="checkbox"/> 前回交付を受けた補助（ 年 月 補助金額 円）			

（添付書類）※様式第4号、第5号、第6号については治療に該当するもの

- 所得状況・納付状況調査並びに住民基本台帳情報の閲覧に係る同意書（様式第3号）
- 砥部町不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第4号）
- 砥部町不妊治療費助成事業受診等証明書（男性不妊治療用）（様式第5号）
- 砥部町不妊治療費助成事業受診等証明書（一般不妊治療用）（様式第6号）
- 医療機関が発行した領収書及び明細書（助成対象治療が含まれるもの）又はその写し
- 法律婚にあっては法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類  
戸籍謄本（6月以内のもの）。※事実婚にあっては別途事実婚に関する申立書（様式第1号）を添付
- 住民票等夫婦の住所がわかる書類（町が公簿等で確認できる場合は省略可）
- 加入している健康保険証（被保険者証）の写し
- 高額療養費又は付加給付の支給を受けることができる場合は、給付の支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）又はその写し

(裏)

(町記載欄)

申請受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
受給者番号		審査結果	承認 ・ 不承認
審査	<input type="checkbox"/> 新規（一般不妊治療・特定不妊治療・男性不妊治療・先進医療） <input type="checkbox"/> 継続（一般不妊治療・特定不妊治療・男性不妊治療・先進医療） （ 回目・初回申請： 年 月・妻の年齢 歳） <input type="checkbox"/> 住民票 適 ・ 不適（定住日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 町税等の滞納 なし ・ あり（ ） <input type="checkbox"/> 高額療養費の支給 <input type="checkbox"/> 付加給付等の支給		