

道志村不妊治療費助成申請書

年 月 日

（あて先）道 志 村 長

次のとおり、関係書類を添えて道志村不妊治療費の助成を申請します。

申請者	氏 名		生 年 月 日		
ふりがな					
夫の氏名			年 月 日 生（ 歳）		
ふりがな					
妻の氏名			年 月 日 生（ 歳）		
住 所	〒 道志村		電話（ ）		
住 所 <small>※夫婦が別世帯の場合、 もう片方の住所を記入 ※夫婦ともに道志村民でなければ、 申請できません。</small>	〒 道志村		電話（ ）		
婚姻年月日	年 月 日		事実婚の方は、こちらにチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/>		
○本申請に係る不妊治療費について、高額療養費・附加給付金の支払を受けましたか。 (受けていない ・ 受けた)					
加入医療保険（夫） <small>※高額療養費・附加給付金の支払を受けた方のみ記入してください</small>	【種別】協会・組合・共済・国保・国組・その他（ ）				
	【被保険者証発行機関名】（ ）				
	【被保険者証の記号・番号】（ ）		【区分】本人・被扶養者		
加入医療保険（妻） <small>※高額療養費・附加給付金の支払を受けた方のみ記入してください</small>	【種別】協会・組合・共済・国保・国組・その他（ ）				
	【被保険者証発行機関名】（ ）				
	【被保険者証の記号・番号】（ ）		【区分】本人・被扶養者		
○本申請に係る不妊治療費について、他の自治体（都道府県、市区町村）から助成を受けましたか。 (受けていない ・ 受けた)					
「受けた」と答えた方→ 自治体名 _____ 申請額 _____ 円 助成額 _____ 円					
申請額 (助成額)	治療内	保険診療による治療 (先進医療分除く)	治療回数 (回)	金 _____ 円	助成上限額 16万円/回
		男性不妊治療	治療回数 (回)	金 _____ 円	助成上限額 16万円/回
	合計		治療回数 (回)	金 _____ 円	
<small>※治療内容ごとの1回あたりの助成額は、道志村不妊治療費助成受診等証明書の内容の本人負担額から高額療養費及び附加給付金並びに他の自治体からの助成額を除いた金額と、治療内容ごとに設けられた助成上限額を比較した、低い方の額となります。 複数回の治療をまとめて申請をする場合は、上記の助成額を治療内容ごとに合計し記入してください。</small>					
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協・組合		本店・支店・出張所	
	金融機関番号			金融機関支店番号	
	預金種別	普通 ・ 当座		口座番号	
	口座名義人	※カナ書き			
上記の記載について相違ありません。道志村不妊治療費助成金交付のため、道志村が支給の決定に関して必要に応じて、私の個人情報 を閲覧し確認することを承諾します。 また、助成の適正を判断するために必要な場合は、他の地方公共団体及び加入する医療保険者に情報を照会・提供すること並びに医療 機関に受診等証明書の内容を照会することを同意します。					
氏 名 (夫)		_____		氏 名 (妻)	

(裏)

【添付書類】

- (1) 道志村不妊治療費助成受診等証明書（様式第2号）
- (2) 医療機関発行の領収書の写し
- (3) 法律上の婚姻の有無を証明する書類（戸籍謄本等）※3か月以内に発行されたもの☑
- (4) 事実婚関係に関する申立書（様式第3号）（事実婚関係にある夫婦に限ります）
- (5) 治療を行った方の保険証
- (6) 高額療養費及び附加給付金等の決定通知書（または不支給決定通知書）

※本助成金の申請前に、加入している公的医療保険の保険者へ高額療養費等の申請をしてください。☑

○高額療養費限度額適用認定証をお持ちの場合は、併せて提出をお願いします。☑

※（1）は医療機関に作成を依頼してください。

※（5）～（6）は、高額療養費や附加給付金の支給対象となる場合に必要です。

（自己負担額が21,000円以上の月がある方は、必ず加入している公的医療保険の保険者へご確認ください）

※審査の過程で上記以外に必要な書類の提出を求める場合があります。

※情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

【申請期限】

治療が終了した日から数えて1年以内に申請してください。

※複数回の治療をまとめて申請することもできますが、

申請期限はそれぞれの治療ごとに1年以内となりますので、ご注意ください。