

# 垂井町一般不妊治療(人工授精)助成事業申請書兼請求書

垂井町長 様

年 月 日

関係書類を添えて、下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請し、助成が決定された場合、下記の金額を請求します。

## 記

※太枠内を記入してください。

	助成開始月	年	月	通算年度	年度目
申請者氏名 <small>ふりがな</small>	※口座名義人と同一の方が自署してください。		生年月日	年	月 日
配偶者氏名 <small>ふりがな</small>			生年月日	年	月 日
申請者住所	〒 - 岐阜県不破郡垂井町 <div style="text-align: right;">電話( ) -</div>				
配偶者住所	※申請者と住所が異なる場合のみ記入してください。 <div style="text-align: right;">電話( ) -</div>				
加入医療保険	夫	【種別】市町村国保・組合国保・健保・共済・その他( ) 【保険名称】( )【保険者番号】( ) 【被保険者番号】( )【区分】本人・被扶養者			
	妻	【種別】市町村国保・組合国保・健保・共済・その他( ) 【保険名称】( )【保険者番号】( ) 【被保険者番号】( )【区分】本人・被扶養者			
付加給付金	無・有 _____円(B)	高額療養費	無・有 _____円(C)		
過去の助成実績 (令和5年度以降)	無・有 1年度目 _____円(E)		2年度目 _____円(F)		
申請額	(D)と(G)で少ない方の金額 金 _____円 治療費の自己負担額 _____円(A) (A) - (B) - (C) (1,000円未満切捨て) _____円(D) 50,000円 - (E)又は(F) _____円(G) (1年度上限5万円まで。1,000円未満は、切り捨てるものとする。1年度とは、治療開始日が含まれる診療月からの12か月を指します。)				
一般不妊治療費助成金交付決定に当たり、裏面の確認事項について、垂井町が照会・確認することに同意します。					
申請者 _____		申請者の配偶者 _____			
(夫及び妻が自署)					
振込先 (申請者の名義)	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所
	貯金種別	普通 当座	(フリガナ) 口座名義人	( )	
	口座番号				

(裏)

【 申請書類の提出について 】 申請を行う際、以下のものを御提出ください。

◎垂井町一般不妊治療(人工授精)助成事業申請書兼請求書(別記様式第1号)

◎申請書に添付する書類

- 1 垂井町一般不妊治療(人工授精)助成事業受診等証明書(別記様式第2号)
  - 2 領収書及び診療明細書 ※原本を御持参ください。(原本照合した後、原本はお返しします。)
  - 3 限度額適用認定証の写し又は高額療養費や付加給付金の決定額が確認できる書類
- その他申請する際には、夫婦の健康保険証をお持ちください。

【 確認すべき事項について 】

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、一夫婦当たりの支給額の上限が決められています。転入された方について以前にお住まいの自治体にこの助成金等の以前の受給状況を照会するなど、助成金を交付するのに必要な次の事項について、垂井町が照会・確認させていただくことがありますので、御承知ください。

なお、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

<確認事項>

- 1 一般不妊治療費助成事業の助成金等交付状況について、垂井町が他の自治体へ照会すること。
- 2 一般不妊治療費助成事業の助成金等交付状況について、他の自治体から垂井町に照会があったときに、これに回答すること。
- 3 申請日において垂井町の住民であること。(住民基本台帳・外国人登録原票)
- 4 治療状況等について医療機関及び調剤薬局等に照会すること。
- 5 健康保険組合等の保険者の規約等により支給される不妊治療に関する任意の給付(付加給付金)等について、保険者へ照会すること。なお、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返還を求めることがありますので御承知ください。

<自治体記入欄>

過去の助成実績が有の場合、記入する。

1年度 年 月 ～ 年 月 ( か月) ( 円)

2年度 年 月 ～ 年 月 ( か月) ( 円)

過去の治療中断期間

年 月 ～ 年 月 ( か月)

年 月 ～ 年 月 ( か月)