

(表)

第2号様式(第5条)

不妊治療費保険診療助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

横芝光町長 様

横芝光町不妊治療費保険診療の助成に関する規則第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

申請者	夫	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日(歳)
		住所	〒	電話	
	妻	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日(歳)
		住所	〒	電話	
対象となる年月		年 月 日 ~ 年 月 日分			
対象月分の不妊治療等に係る一部負担金の計		(A)	円		
高額療養費の給付がある場合は、その金額		(B)	円		
附加給付、助成金等、給付金がある場合は、その金額		(C)	円		
助成金支給申請額 ※一年度内10万円を限度		【(A-B-C) × 1/2】 (D) 円 (※千円未満切捨て)			
証明書文書料 ※一年度内1万円を限度		(E)	円		
交付請求額		【D+E】 円			
振込先	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協		本店・支店 出張所	
	口座種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				

(裏)

【添付書類】

- 1 町税の滞納がないことを証する書類（公簿により確認可能の場合は省略可）
- 2 不妊治療等に係る費用の助成事業受診証明書（第1号様式）
- 3 被保険者証、組合員証又は加入者証の写し
- 4 保険医療機関等が発行する不妊治療費等に係る費用の領収書及び明細書
- 5 高額療養費の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の写し
- 6 事実婚関係にあつては、事実婚関係に関する申立書（第3号様式）
- 7 その他
()

【同意事項】

- 1 助成金の交付要件を確認するため、町が申請者の個人情報公簿等により確認すること。
- 2 町が申請者の個人情報公簿等により確認できない場合は、町からの要請に基づき関係書類を提出すること。
- 3 町が不妊治療等の実施に関して診療報酬明細情報等を保険者に照会すること。
- 4 町が不妊治療等の実施に関して治療を行った保険医療機関等に照会すること。
- 5 事実婚関係に関する申立書（第3号様式）（該当する方のみ）
- 6 偽りその他不正の行為により助成を受け、又は受けようとした場合は、助成金の交付決定を取り消し、既に申請者に対して交付した助成金の全部又は一部を返還させること。

上記同意事項1～6について同意の上、不妊治療等に係る費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請及び請求をします。

申請者氏名（夫）

申請者氏名（妻）