

豊郷町特定不妊治療費等助成金申請書（ ）回目

年 月 日

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費等の助成を申請します。

記

	氏 名		生 年 月 日					
夫			年	月	日	(歳)		
妻			年	月	日	(歳)		
住所	〒529-11 豊郷町大字		電話 ()					
過去にこの助成金を受けたことがありますか ない ・ ある → 過去()回受けた 助成金を受けた自治体は()								
豊郷町長 宛 この助成金は、1夫婦あたりの支給額の上限が決められています。助成の適性を判断する為に必要な場合、本町以外の自治体に対し本申請に係る情報の照会および提供、ならびに指定医療機関に対して治療内容等の照会を行うことについて同意します。 申 請 者(夫または妻が記名押印) 氏 名 _____ ⑨ 申 請 額 金 _____ 円								
※特定不妊治療（体外受精、顕微授精のみ）は上限15万円、人工授精は上限10万円、男性不妊治療は上限5万円とする。								
振 込 先	金融機関名			銀行	本店			
				金庫	支店			
				農協	出張所			
	預金種別	普通 当座	(フリガナ) () 口座名義人					
	口座番号							(右詰め記入)

(添付書類)

- ・豊郷町特定不妊治療費等助成事業受診証明書（様式2号）または滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書の写し
- ・滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書の写し（ただし、人工授精のみの場合は必要なし。）
- ・住民票等による夫婦の確認および豊郷町納付金の納付状況調査の同意書（様式3号）
- ・医療機関発行の領収書の写し（ただし、人工授精のみ様式2の証明書に他医療機関依頼や院外処方記載がない場合は必要なし。）
- ・豊郷町税の完納証明書または非課税証明書（夫婦のいずれかが豊郷町外に住所を有する場合、住所を有する市町村の完納証明書または非課税証明書）

豊郷町特定不妊治療費等助成事業受診証明書

次の者については、下記の不妊治療方法によるものでないと妊娠の見込みがないかまたは極めて少ないと思われるため、下記の不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称および所在地

主治医氏名

㊞

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

ふりがな 受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療方法(該当する箇所に○をつけてください) () 体外受精 () 顕微授精 () 人工授精 () 男性不妊				
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
今回の治療の 妊娠判定結果	陽性 ・ 陰性			
上記の不妊治療法を必要とした理由について記入してください。				
今回の治療内容について記入してください。				
他医療機関への依頼 なし・あり (医療機関名)		院外処方 なし・あり		
指示内容 (※)				
上記の医療費について、今回の領収金額に 含む・含まない				
領収金額 円 (※保険外診療のみを対象とする)				

※今回の治療の一部を他の医療機関で行った場合、その医療機関名と指示内容について記入してください(この記載がないと、今回の特定不妊治療等費とみなすことができません。)

様式第3号（第5条関係）

同意書

年 月 日

豊郷町長 様

住 所	豊郷町大字	
氏 名	(夫)	Ⓜ
	(妻)	Ⓜ

豊郷町特定不妊治療費等助成金交付申請にあたり、住民票等による法律上の婚姻関係の確認および豊郷町納付金が、完納されていることの状況調査に同意します。

また、公租公課を完納していることを確認する為に必要な完納証明書・非課税証明書について、豊郷町が発行を代行し、照会することに同意します。

様式第6号(第8条関係)

豊郷町特定不妊治療費等助成金交付請求書

年 月 日

豊郷町長 宛

請求者（申請者）

住所 豊郷町大字

氏名

印

豊郷町特定不妊治療費等助成金を下記のとおり交付されるよう豊郷町特定不妊治療費等助成金交付要綱第8条の規定により請求します。

金 _____ 円也