

豊郷町不育症治療費助成金交付申請書

記入例

関係書類を添えて、下記のとおり不育症治療費の助成を申請します。

記

年 月 日

夫	フリガナ トコト 太郎 氏名 豊郷 太郎	生年月日	〇〇年 〇月 〇日 (〇〇歳)
妻	フリガナ トコト 花子 氏名 豊郷 花子	生年月日	〇〇年 〇月 〇日 (〇〇歳)

住所	豊郷町大字 〇〇123			電話番号 XXXX (XX) XXXX [夫 妻]
住所(※1)	单身赴任等で夫または妻が住所が異なる場合等に記入してください。			電話番号 () [夫・妻]

過去にこの不育症治療費の助成を受けたことがありますか。

申請回数: 2 回目

ない・ある →

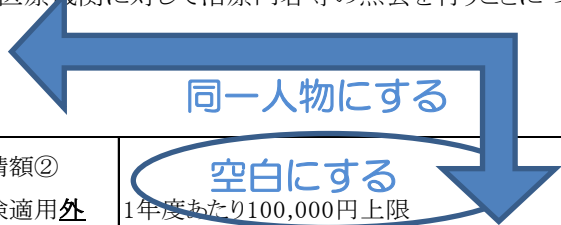
①(〇〇) 年度 豊郷町・他市町()
 ②() 年度 豊郷町・他市町()
 ③() 年度 豊郷町・他市町()
 ④() 年度 豊郷町・他市町()
 ⑤() 年度 豊郷町・他市町()

* 助成限度回数は、初めて助成を受けた際の治療開始日の妻の年齢から、40歳未満が6回、40歳以上43歳未満が3回となります。

豊郷町長 宛

この助成金は、一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する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。

申請者氏名 豊郷 太郎



申請額① 保険適用内	空白にする 1年度あたり50,000円上限		申請額② 保険適用外	空白にする 1年度あたり100,000円上限	
振込先	金融機関名	豊郷 銀行 信用金庫・農協		フリガナ	トコト 太郎
	支店名	とよさと 本店 支店 出張所		口座名義人	豊郷 太郎
	預金種別	普通 当座		申請者と必ず同じ者に統一すること。	
	口座番号	1 2 3		4 5 6 右詰記入	

(添付書類)

- 1 豊郷町不育症治療費助成事業受診証明書(様式第2号)
- 2 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)
- 3 不育症の検査(保険診療分・保険外診療分)、治療(保険診療分)の領収書
- 4 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)

下記は記入しないでください。

单身赴任者等 確認欄	豊郷町・豊郷町外	1	
経費	記入しない		円
町交付			円
特記事項			

豊郷町不育症治療費助成事業受診証明書

次の者は、下記の不育症治療等を実施し、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)

受診者氏名	夫		妻	
診断名				
検査および治療期間	妻の治療開始日の年齢 (歳) 年 月 日 ~ 年 月 日 <small>*一治療期間とは、不育症の検査または治療を開始した日から、その妊娠に係る出産(死産、流産を含む。)までの期間とする。</small>			
【当該者について】該当する欄に○をつけ、詳細についてカッコ内に記載してください。				
	免疫異常	()		
	内分泌異常	()		
	夫婦染色体異常	()		
	子宮異常	()		
	その他	()		
	保険診療内		保険診療外	
検査・治療	<input type="checkbox"/> 検査名[] <input type="checkbox"/> 治療 <input type="radio"/> 薬物療法 () <input type="radio"/> 手術 () <input type="radio"/> その他 ()		検査のみ	<input type="checkbox"/> 検査名[]
本人負担額	円		本人負担額	円
今回の妊娠判定結果	陽性 ・ 陰性			
他医療機関への依頼	なし・あり		院外処方	なし・あり
指示内容(※)	(医療機関名)			
上記の医療費について、今回の領収金額に	含む・含まない			

※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、今回の不育症治療費とみなすことができません。)

様式第3号（第6条関係）

同意書

年 月 日

豊郷町長 様

住 所 豊郷町大字〇〇〇〇〇〇
氏 名 (夫)豊郷 太郎
(妻)豊郷 花子

豊郷町不育症治療費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ため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)

豊郷町不育症治療費助成金交付請求書

空白にする



年 月 日

豊郷町長 宛

※請求者は口座名義人と同じ人物にしてください

請求者（申請者）

住 所 豊郷町大字〇〇〇〇〇

氏 名 豊郷 太郎



豊郷町不育症治療費助成金を下記のとおり交付されるよう豊郷町不育症治療費助成金交付要綱第8条の規定により請求します。

空白にする



金

円也