様式１

# 東川町不妊治療費助成事業申請書

東川町長　様

申請年月日　＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

申請者氏名

関係書類を添えて、下記のとおり助成の申請をします。

不妊治療費助成事業による助成の交付状況について東川町が他の自治体へ照会すること、不妊治療の実施に関して指定医療機関及び調剤薬局等へ照会すること、高額療養費制度等の利用状況について医療保険者へ照会すること、住民基本台帳及び町税等について調査することについて同意します。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 夫 | フリガナ | 生年月日 | 年　月　日（　歳） |
| 妻 | フリガナ | 生年月日 | 年　月　日（　歳） |
| 住　所 | 〒<br>電話　（　） | | |
| 住　所<br>※住所が異なる場合記入 | 〒<br>電話　（　） | | |
| 加入健康保険（夫） | 【名称】　【区分】本人・被保険者 | | |
| 加入健康保険（妻） | 【名称】　【区分】本人・被保険者 | | |
| 今回の治療内容 | □一般不妊治療　□生殖補助医療 | | |
| 高額療養費制度等 | □今回申請する不妊治療で高額療養費等の給付を受けていない<br>□今回申請する不妊治療で高額療養費等の給付を受けている | | |

| | | |
|---|---|---|
| 申請額 | 保険適用後の自己負担額合計 | a　円 |
| | 付加給付額（高額療養費等） | b　円 |
| | 申請額 | a－b＝　円 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 金融機関名 | 銀行・信金・農協<br>店 | 口座番号 | 当座<br>普通 |
| | (フリガナ)<br>口座名義 | ※申請者と同一 | | |

＜裏面の注意事項もご覧ください＞

＜裏面＞

# （不妊治療費助成事業申請にあたっての注意事項）

１．申請書は夫婦のうち東川町に住民票があるどちらか一方がまとめて申請してください。
２．一般不妊治療費、生殖補助医療費の両方の申請がある場合は、それぞれで申請してください。
３．申請者と振込先の名義人を同一にしてください。
４．記載事項を訂正するときは、すべてに訂正印を押してください。ただし、申請書の助成金交付申請額の訂正はできませんので、間違いのないようにご記入ください。
５．**助成金交付申請額**は、不妊治療に要した医療費（または調剤費）の保険適用分の自己負担額です。高額療養費制度またはその他の医療費軽減制度の適用となる場合は、適用後の自己負担額となります。

【添付書類】

☐　東川町不妊治療費助成事業申請書
☐　東川町不妊治療費助成事業受診等証明書
☐　領収書・明細書の写し
☐　夫婦の健康保険証の写し
☐　申請者の通帳の写し

【必要に応じて】

☐　高額療養費等限度額認定証、給付決定通知書等の写し
☐　（事実婚の場合）夫婦それぞれの戸籍謄本（発行日より１か月以内のもの）
☐　（事実婚の場合）事実婚関係に関する申立書
☐　（夫婦いずれかの住所が町外にある場合）町外に住所を有する方の住民票