

（表）

年 月 日

御嵩町長 宛て

申請者（請求書の口座名義人と同一の方が自署又は記名押印）（※1）

住 所

氏 名

印

電話番号

御嵩町一般不妊治療費助成申請書

一般不妊治療費の助成を受けたいので、御嵩町不妊治療費助成事業実施要綱第7条第1項の規定により関係書類を添えて次のとおり申請します。

対象者			(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	
	夫		()	年 月 日 (歳)	
	妻		()	年 月 日 (歳)	
	連絡先(※2)		電 話		
	加入医療保険	夫	【種別】市町村国保・組回国保・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・組回国保・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			
過去の助成実績		無 ・ 有 (自治体名:) ・助成の時期: 年 月)			
申 請 額		金	円	(1年度につき本人負担額の1/2又は5万円のいずれか少ない額)(※3)	
申請者氏名		(申請者の配偶者)			
_____印		_____印			
(夫及び妻が自署又は記名押印)					
一般不妊治療費補助金交付決定に当たり、裏面の確認すべき事項について照会・確認することに同意します。(※4)					

<町記入欄>

申請受理年月日	年 月 日	決定年月日	交付 不交付	年 月 日
---------	-------	-------	-----------	-------

注) 太枠の中をご記入ください。

※1 口座名義人と同一の方が、自署又は記名押印してください（御嵩町内在住の方に限ります。）。

※2 単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

※3 1年度とは、3月から翌年2月までの診療分を指します。

※4 裏面の【確認すべき事項】を必ずお読みください。

(裏)

【申請書に添付する書類】

※申請を行う際、次のものをご提出ください。

- 1 御嵩町不妊治療費助成事業受診等証明書（一般不妊治療用）（別記様式第2号）
- 2 領収書 ※原本をご持参ください。
- 3 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明する書類（戸籍抄本等）
- 4 住所地を証明する書類（住民票等）（※）
- 5 夫及び妻の所得額を証明する書類（所得課税証明書等）（※）
- 6 夫及び妻の町税等の納付状況を証明する書類（納税証明書等）（※）

その他、申請する際には、印鑑をお持ちください。

※なお、次の確認事項に同意され、本町で確認できる場合は、4から6までは省略可。

【確認すべき事項】

この助成金は、一夫婦当たりの支給額の上限が決められています。夫及び妻の所得額、町税等の納付状況、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の以前の受給状況を照会する等、助成金を交付するのに必要な次の事項について、本町が照会・確認させていただくことがありますので、ご承知ください。

なお、個人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交付状況について、本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交付状況について、他の自治体から本町に照会があったときに、これに回答すること。
- 3 本町の住民であること及び一般不妊治療の治療期間及び申請日に住民であったこと（住民基本台帳）。
- 4 対象者の所得状況に関する資料を確認すること（前年所得の状況（1～5月の申請にあつては、前々年））。
- 5 対象者の納付状況に関する資料を確認すること（滞納の有無について）。
- 6 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。
- 7 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は、助成金の返還を求められることがあります。