

森町不妊治療費助成事業申請書

令和〇年〇月〇日

森町長 様

申請者氏名 **森町 桜子**

森町不妊治療費助成要綱第3条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

治療種別	<input type="checkbox"/> 特定不妊治療（体外受精・顕微授精） <input checked="" type="checkbox"/> 一般不妊治療		
夫 氏名	(フリガナ) ヤマヂ くり 森町 栗夫	生年月日	昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 〇年 〇月 〇日 (〇歳)
妻 氏名	(フリガナ) ヤマヂ サコ 森町 桜子	生年月日	昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 〇年 〇月 〇日 (〇歳)
住所	森町字 御幸町144番地1 電話 01374-7-1085		
加入医療保険	夫	【保険種別】 森町国保・組合国保・ <input checked="" type="checkbox"/> 健保・共済・その他（ 【区分】 <input checked="" type="checkbox"/> 本人・被扶養者	
	妻	【保険種別】 森町国保・組合国保・ <input checked="" type="checkbox"/> 健保・共済・その他（ 【区分】 本人・ <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	
交付申請額	100,000 円（下段①-②）		
	対象治療に要した自己負担額	100,000 円 (①)	
	付加給付額（他の助成制度等）	0 円 (②)	
同意書 森町不妊治療費助成事業の申請に伴い、申請者及び配偶者の属する世帯の住民基本台帳等、町税等、各種使用料等に関する公簿等を閲覧されることに同意いたします。 令和〇年〇月〇日 夫氏名 森町 栗夫 (ご本人が署名願います) 妻氏名 森町 桜子 (ご本人が署名願います)			

※森町記入欄

処理欄			
	税関係該当確認欄	住宅関係該当確認欄	備考
	有・無	有・無	

1 注意事項

- ・不妊治療に対する助成は、医療保険適用の有無にかかわらず、医療費や検査費・薬代等の自己負担額が対象となります。
- ・特定不妊治療は1回の治療ごと、一般不妊治療は1年度ごとの申請となりますので、治療が終了したときは速やかに申請してください。（治療を行った年度内に申請が必要です）

2 添付書類

(1) 共通

- ・不妊治療等に要した費用の証明書（確認後、写しをいただき、原本はお返しします）
- ・法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類（住民基本台帳等で確認できる場合は不要です）
- ・ご夫婦の健康保険証の写し（夫婦とも森町国民健康保険に加入している場合は不要です）

(2) 特定不妊治療の場合

- ・特定不妊治療医療機関等証明書（様式第2号）
※保険薬局で投薬を受けた方は、医療機関の証明書とは別に薬局からの証明書も提出してください。

(3) 一般不妊治療の場合

- ・一般不妊治療医療機関等証明書（様式第3号）
※保険薬局で投薬を受けた方は、医療機関の証明書とは別に薬局からの証明書も提出してください。