様式第1号（第5条関係）

森町不妊治療費助成事業申請書

令和　　年　　月　　日

森町長　　　　　　　様

申請者氏名

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 | | | □ 特定不妊治療（体外受精・顕微授精）　　　　□ 一般不妊治療 | | | |
| 夫 | (ﾌﾘｶﾞﾅ)  氏名 | |  | 生年月日 | 昭和  平成 | 年 　　月　 　日（　 歳） |
| 妻 | (ﾌﾘｶﾞﾅ)  氏名 | |  | 生年月日 | 昭和  平成 | 年　 　月 　　日（ 　歳） |
| 住　所 | | | 森町字　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | |
| 加入  医療  保険 | | 夫 | 【保険種別】森町国保・組合国保・健保・共済・その他（　　　　　　　　　）  【区　　分】本人・被扶養者 | | | |
| 妻 | 【保険種別】森町国保・組合国保・健保・共済・その他（　　　　　　　　　）  【区　　分】本人・被扶養者 | | | |
| 交付申請額 | | | 円（下段①－②） | | | |
| 対象治療に要した自己負担額　　　　　　　　　　　　　　　　　円（①）  　　付加給付額（他の助成制度等）　　　　　　　　　　　　　　　　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　　年　　月　　日  夫　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　（ご本人が署名願います）  妻　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　（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）

1. 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。

1. 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。