

安田町不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

安田町長 様

安田町不妊治療費助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請（請求）します。  
また、この申請の審査のために私及び配偶者の裏面に掲げる「確認事項」について安田町が照会・確認することに同意します。

記

（注）太枠の中をご記入ください

- 一般不妊治療（年目/年）  
 特定不妊治療（回目/回）

申請者	夫	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
		住所地	〒 - 電話番号 ( )		
		居住地	※住所地と異なる場合のみ		
	妻	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
		住所地	〒 - 電話番号 ( )		
		居住地	※住所地と異なる場合のみ		
申請金額	①+②-③ 金 円				
	(内訳)	① 一般不妊治療費		円	
		② 特定不妊治療費		円	
		③ 差引額（保険給付金、県等助成額）		円	
確認事項	今回の申請において、 <input type="checkbox"/> 他の自治体において同一の助成を受けていない → ( )市・町・村 <input type="checkbox"/> 他の自治体において同一の助成を受けている				
	<input type="checkbox"/> 町が支給要件の審査のために課税台帳、住民基本台帳等の内容を確認することに同意する。 （添付書類のうち、3、7の省略が可）				
振込先	(金融機関) 銀行・信金・信組農協・労金				本店・支店・出張所
	(預金種別) 普通 ・ 当座	(口座番号)			
	(フリガナ)				
	(口座名義人)				

※ 振込先の口座名義人は申請者のうちどちらか（夫又は妻）の個人名義に限ります。

※ この申請書は安田町が交付決定した後に助成金の請求書として取り扱います。

〈裏面もご確認ください〉

町記入欄	申請受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日 (承認・不承認)
------	---------	-------	-------	----------------

(裏面)

**【添付書類】**

1. 安田町不妊治療費等助成事業医療機関等証明書(様式第2号)

または高知県知事に提出する「高知県不妊治療費支援事業医療機関受診等証明書」の写し(特定不妊治療費助成の場合に限る)

注) 保険薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明書を併せて提出してください。

2. 不妊治療等に要した費用の領収書及び明細書(高知県が実施する高知県不妊治療費支援事業のため原本を提出する場合は、写しを提出すること。)

3. 住民票など住所を確認できるもの(ただし、住民票上の住所が安田町にある者で、町長が申請者の住民基本台帳を閲覧することに同意した者については、省略可)

4. 婚姻関係が確認できる書類

法律婚の場合、二人の記載がある戸籍謄本(1か月以内に発行されたもの。写し可)

事実婚の場合は、二人の戸籍謄本(1か月以内に発行されたもの。写し可)及び事実婚関係に関する申立書(様式第3号)

5. 医療保険各法に定める資格情報が確認できる書類等、限度額認定証の写し

6. 町の助成金の対象となる不妊治療費に対して、医療保険給付金及び高知県助成金その他の給付等がある場合は、その交付決定通知書の写し又はその助成金額が確認できる書類

7. 町税等について滞納がないことを証明できる書類。ただし、当該書類により証明される事項を公簿等により確認することに同意した者については、安田町で確認できる当該書類について添付を省略することができる。

8. その他町長が必要と認める書類

**<確認すべき事項について>**

この助成は、公正な助成を行うため、一夫婦あたりの助成額の上限が決められています。

高知県内より転入された方は、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確認することがありますので、ご承知ください。

なお、情報の取り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 不妊治療費等助成事業の支給要件の審査のために住民基本台帳、課税台帳等の内容を確認すること。

2 不妊治療費等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。

3 不妊治療費等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時に、これに回答すること。

4 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。

5 本申請の審査に係る関係機関へ照会すること。