

様式第1(第6条関係)

東浦町不妊治療費補助金交付申請書(実績報告書)

年 月 日

(あて先) 東浦町長

申請者  
住所  
氏名  
(口座名義人と同一)  
電話番号

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費補助金の交付を申請します。

記

対象者		(ふりがな) 氏名	生年月日			
	夫	( )	年 月 日生 ( 歳)			
	妻	( )	年 月 日生 ( 歳)			
	申請者の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 - 電話 ( )				
	配偶者の住所 (※1)	〒 - 電話 ( )				
	加入医療保険 (夫)	<input type="checkbox"/> 別添のとおり(写を添付の場合、以下記入不要) 【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 ( ) 【区分】本人・被扶養者				
	加入医療保険 (妻)	<input type="checkbox"/> 別添のとおり(写を添付の場合、以下記入不要) 【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 ( ) 【区分】本人・被扶養者				
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
<input type="checkbox"/> 医療機関での支払いの際に、限度額適用認定証は使用しましたか? ( はい ・ いいえ ) <input type="checkbox"/> 本申請に係る不妊治療費について、高額療養費・附加給付金の支給を受けましたか。 ( 受けた ・ 受けていない )						
補助金申請額		保険適用の 本人負担額	高額療養費	附加給付費	計	
	一般不妊治療	円	円	円	円	
	生殖補助医療 男性不妊治療	円	円	円	円 <input type="checkbox"/> 1年度上限額10万円	
金 円						
私たちは、町がこの補助金申請の事務処理に必要な範囲内において、戸籍及び住民票を閲覧し、医療機関に治療内容等を照会し、並びに他の自治体又は保険者に補助金、高額療養費等の受給状況を確認することに同意します。						
夫 氏名 妻 氏名						
<input type="checkbox"/> 不妊治療を受けた月の翌月末日から起算して1年以内の申請ですか? ( はい ・ いいえ )						
※複数回の治療をまとめて申請することはできますが、申請期限は治療を受けた月の翌月末日から1年以内となりますので、ご注意ください。						

(※1) 単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に配偶者の住所を記入してください。

様式第1 (第6条関係)

東浦町不妊治療費補助金交付申請書(実績報告書)

令和〇年〇月〇日

(あて先) 東浦町長

請求書に記載する口座  
名義人と同一の方を申  
請者としてください。

申請者  
住所 東浦町大字緒川字政所 20 番地  
氏名 東浦 花子  
(口座名義人と同一)  
電話番号 0562-83-3111

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費補助金の交付を申請します。

記

対 象 者		(ふりがな) 氏名	生年月日		
	夫	( ヒガシウラ タロウ 東浦 太郎 )	S・H 〇〇年〇〇月〇〇日生(〇〇歳)		
	妻	( ヒガシウラ ハナコ 東浦 花子 )	S・H 〇〇年〇〇月〇〇日生(〇〇歳)		
	申請者の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 ー ー ー ー ー ー 電話 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )			
	配偶者の住所 (※1)	〒 ー ー ー ー ー ー 電話 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )			
	加入医療保険 (夫)	<input checked="" type="checkbox"/> 別添のとおり(写を添付の場合、以下記入不要) 【種別】市町村国保・組回国保・健保・共済・その他( ) 【区分】本人・被扶養者			
	加入医療保険 (妻)	<input checked="" type="checkbox"/> 別添のとおり(写を添付の場合、以下記入不要) 【種別】市町村国保・組回国保・健保・共済・その他( ) 【区分】本人・被扶養者			
今回の治療期間	令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日				
<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関での支払いの際に、限度額適用認定証は使用しましたか？(はい・いいえ)					
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請に係る不妊治療費について、高額療養費・附加給付金の支給を受けましたか。 (受けた・受けていない)					
補助金申請額	用の担額	高額療養費	附加給付費	計	
	一般不妊治療	円	円	円	円
	生殖補助医療 男性不妊治療				円
補助金申請額は記入しないでください。 金 円 □1年度上限額10万円					
私たちは、町がこの補助金申請の事務処理に必要な範囲内において、戸籍及び住民票を閲覧し、医療機関に治療内容等を照会し、並びに他の自治体又は保険者に補助金、高額療養費等の受給状況を確認することに同意します。					
夫 氏名 東浦 太郎 妻 氏名 東浦 花子					
<input type="checkbox"/> 不妊治療を受けた月の翌月末日から起算して1年以内の申請ですか？ (はい・いいえ)					
※複数回の治療をまとめて申請することはできますが、申請期限は治療を受けた月の翌月末日から1年以内となりますので、ご注意ください。					

(※1) 単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に配偶者の住所を記入してください。