

別 記
様式第 1 号 (第 5 条関係)

(表)
不妊治療費保険診療助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

白子町長 様

白子町不妊治療費保険診療の助成に関する要綱第 5 条第 1 項の規定により、
次のとおり申請・請求します。

| | | | |
|---------------------------------|-------------------------|---------------|--------------|
| 申 請 者 | フリガナ 妻氏名 | 生年 月日 | 年 月 日 (歳) |
| | 妻住所 〒 | 電話 | |
| | フリガナ 夫氏名 | 生年 月日 | 年 月 日 (歳) |
| | 夫住所 〒 □妻の住所と同じ | 電話 | |
| 対象となる年月 | | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| 対象月分の不妊治療等に係る一部負担金の 合計 | | (A) | 円 |
| 高額療養費の給付がある場合は、その金額 | | (B) | 円 |
| 附加給付、助成金等、その他給付金がある 場合は、その金額 | | (C) | 円 |
| 助成金支給申請額 | | (D) 【A-B-C】 | 円 |
| 証明書文書料 | | (E) | 円 |
| 交付請求額 | | 【(D+E) × 1/2】 | 円 |
| 振 込 先 | 金融機関名 銀行・金庫 組合・農協 | | 本店・支店 出張所 |
| | 金融機関番号 | | 店番号 |
| | 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 |
| | フリガナ | | |
| | 口座名義人 | | |

※ゆうちょ銀行へお振り込みの場合は、店番号は 3 ケタの漢数字、通帳番号は 7 ケタでご記入ください。

| | | | |
|-------|-----------|----|---|
| 職員記入欄 | 領収書等預かり枚数 | 日分 | 枚 |
|-------|-----------|----|---|

*裏面の記入もお願いします

(裏)

【添付書類】

- 1 町税の滞納がないことを証する書類（公簿等により確認可能の場合は省略可）
- 2 不妊治療等に係る費用の助成事業受診証明書（別記様式第2号）
- 3 健康保険の資格確認書等の写し
- 4 保険医療機関等が発行する不妊治療費等に係る費用の領収書及び明細書
- 5 高額療養費の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定書の写し
- 6 その他
()

【同意事項】

- 1 助成金の交付要件を確認するため、町が申請者の個人情報公簿等により確認すること。
- 2 町が申請者の個人情報公簿等により確認できない場合は、町からの要請に基づき関係書類を提出すること。
- 3 町が不妊治療等の実施に関して診療報酬明細情報等を保険者に照会すること。
- 4 町が不妊治療等の実施に関して治療を行った保険医療機関等に照会すること。
- 5 偽りその他不正の行為により助成を受け、又は受けようとした場合は、助成金の交付決定を取り消し、既に申請者に対して交付した助成金の全部又は一部を返還すること。

上記同意事項1～5について同意のうえ、不妊治療等に係る費用の助成を受けたいので関係書類を添えて申請及び請求をします。

妻 氏名 _____

夫 氏名 _____