

(宛先)津幡町長

- 1 関係書類を添えて下記のとおり、不妊治療費の助成を申請(請求)します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、住民登録及び所得調査等の確認を行うことに同意します。
- 2 本申請に係る治療に対し、他の市町及び県の助成を受けません。

申請者自署 氏名 \_\_\_\_\_ 配偶者自署 氏名 \_\_\_\_\_  
(振込先と同一)

注)太枠の中をご記入下さい。

|        |                |                                                |           |            |  |                                                |               |
|--------|----------------|------------------------------------------------|-----------|------------|--|------------------------------------------------|---------------|
| どちらかに○ |                | 一般不妊治療                                         |           | ・          |  | 生殖補助医療                                         |               |
|        |                | 夫                                              |           |            |  | 妻                                              |               |
| フリガナ   |                |                                                |           |            |  |                                                |               |
| 氏名     |                |                                                |           |            |  |                                                |               |
| 生年月日   |                | 年 月 日                                          |           |            |  | 年 月 日                                          |               |
| 住所     |                | 〒 津幡町                                          |           | □夫と同じ<br>〒 |  |                                                |               |
| 電話番号   |                | — —                                            |           |            |  | — —                                            |               |
| 加入医療保険 | 保険者名称          |                                                |           |            |  |                                                |               |
|        | 保険者番号          |                                                |           |            |  |                                                |               |
|        | 記号／番号          | ／                                              |           |            |  | ／                                              |               |
|        | 被保険者名          |                                                |           |            |  |                                                |               |
|        | 高額療養費該当        | 無 ・ 有<br>有の場合いずれかに○<br>(マイナ保険証・限度額適用認定証・後日払戻し) |           |            |  | 無 ・ 有<br>有の場合いずれかに○<br>(マイナ保険証・限度額適用認定証・後日払戻し) |               |
|        | 付加給付           | 無 ・ 有                                          |           |            |  | 無 ・ 有                                          |               |
| 振込先    | 金融機関           | 支店                                             | 普通預金 口座番号 |            |  |                                                | 口座名義 (申請者と同一) |
|        | 銀行<br>金庫<br>農協 | 支店                                             |           |            |  |                                                | (カナ)          |

※町処理欄

【添付書類 (必須)】

- ☐ 不妊治療医療機関受診等証明書
- ☐ 医療機関が発行した領収書及び明細書 (原本) ※原本の返却が必要な場合は、コピーも併せて提出してください。
- ☐ 夫婦それぞれの加入医療保険情報について、「健康保険証」もしくは「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」もしくはマイナポータルの資格情報画面を確認。

【添付書類 (必要時)】

- ☐ 高額療養費等支給決定通知書の写し ☐ 付加給付等支給決定通知書の写し
- ☐ 夫婦とも町内在住だが世帯が別の場合…戸籍謄本
- ☐ 夫婦の一方が町外在住の場合…町外在住者の住民票
- ☐ 事実婚である場合…事実婚に関する申立書及び、それぞれの戸籍謄本

|               |   |
|---------------|---|
| 不妊治療に要した本人負担額 | 円 |
| 助成対象額         | 円 |
| 申請 (請求) 金額    | 円 |

(裏)

ここから下の欄には記入しないでください。

町記入欄

|         |   |   |    |       |    |     |   |   |  |   |   |    |
|---------|---|---|----|-------|----|-----|---|---|--|---|---|----|
| 申請受付年月日 | 年 | 月 | 日  | 認定年月日 | 年  | 月   | 日 |   |  |   |   |    |
| 助成開始日   | 年 | 月 | 日  |       |    |     |   |   |  |   |   |    |
| 給付実績    | 年 |   | 月～ | 年     | 月分 | 給付額 | 円 |   |  |   |   |    |
|         | 年 |   | 月～ | 年     | 月分 | 給付額 | 円 |   |  |   |   |    |
|         | 年 |   | 月～ | 年     | 月分 | 給付額 | 円 |   |  |   |   |    |
|         | 年 |   | 月～ | 年     | 月分 | 給付額 | 円 |   |  |   |   |    |
|         | 年 |   | 月～ | 年     | 月分 | 給付額 | 円 |   |  |   |   |    |
|         | 年 |   | 月～ | 年     | 月分 | 給付額 | 円 |   |  |   |   |    |
| 転入の状況   | 夫 | 年 |    | 月     | 日  | から  | 妻 | 年 |  | 月 | 日 | から |
| 備考      |   |   |    |       |    |     |   |   |  |   |   |    |