

不妊治療費助成金申請書

年 月 日

昭和町長 様

関係書類を添えて、次のとおり不妊治療費の助成を申請します。

申 請 者	夫 生年月日	ふりがな 年 月 日生 (歳)	町民になった日 昭和・平成・令和 年 月 日
	妻 生年月日	ふりがな 年 月 日生 (歳)	町民になった日 昭和・平成・令和 年 月 日
	住 所	〒 山梨県中巨摩郡昭和町	
	電 話	電話① (夫 ・ 妻)	電話② (夫 ・ 妻)
	住 所 (※)	※夫婦の住所が異なる場合(単身赴任等)に記入	
	婚 姻 年 月 日	年 月 日	

1. 昭和町における過去の不妊治療費助成受給の状況：

(有 ・ 無) ※以下、「有」の場合のみ記入

1) 受給回数：() 回 (1年度に2回、通算10回まで申請可)

2) 受給時期・金額：

- ① (年 月、¥) ② (年 月、¥)
 ③ (年 月、¥) ④ (年 月、¥)
 ⑤ (年 月、¥) ⑥ (年 月、¥)
 ⑦ (年 月、¥) ⑧ (年 月、¥)
 ⑨ (年 月、¥)

2. 今回の申請と同じ治療期間内での、他への申請の有無：

(有 ・ 無) ※以下、「有」の場合のみ記入

(1) 助成機関： 昭和町以外の自治体(県含む) ()

(2) 状 況： ①申請中(コピーを添付してください) ②助成決定済

(3) 申請額または決定額：(円)

申請額 円 (1年度に上限20万円)

※1 申請額(①)は{(治療における保険適応対象外の自己負担総額(院外処方を含む)) - (他での不妊治療費助成決定額)} × 2分の1 (100円未満切捨て)

※2 同一年度に助成金の受給・申請をしている場合は、200,000円(年度上限額) - (受給・申請額) = 今年度助成金残額(②)となり、①と②の少ない方が申請額となる

上記記載に相違ありません。昭和町不妊治療費助成金交付のため、必要に応じて、昭和町が支給の決定に関して、私の個人情報を閲覧し、確認することを承諾いたします。

また助成の適正を図るために必要な場合は、他の自治体等に情報の照会、提供をすること及び医療機関に受診等証明書の内容を照会することに同意します。

_____(夫) 氏名 _____ 印 _____(妻) 氏名 _____ 印

◎添付書類については、以下をご覧ください。

(添付書類)

- 1 不妊治療費受診等証明書(様式第2号)
- 2 住民票
(世帯全員・本籍・筆頭者名が記載されているもの。発行日より3か月以内で、マイナンバーの記載がないのもの。)
- 3 戸籍謄本(本町に本籍がある者を除く)
- 4 事実上婚姻関係と同様の事情にある者に関わる申立書(対象の方)
- 4 領収書、明細書(点数等詳しく載っているもの)の原本
- 5 保険証のコピー(夫婦2人分)
- 6 (県や他の自治体等の助成を受ける場合)
承認書の写し、または助成金額がわかる申請書等のコピー