

那賀町不妊治療費助成事業助成金交付申請書

※申請は、治療終了後、6ヶ月以内に限ります。

那賀町不妊治療費助成事業実施要綱第 6 条の規定により、次のとおり申請します。

本申請に係る審査のため、住民登録情報の閲覧について承諾します。

なお申請者と口座名義人が異なる場合は、助成金の受領を口座名義人に委任します。

	申請者		配偶者	
フリガナ				
氏 名				
生年月日	年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）	
電話番号	— —		— —	
住 所	〒		※異なる場合のみ記入 〒	
今回の申請回数	回目	前回の申請年月（初回の方以外）		年 月
公的健康保険	夫 （ ） 妻 （ ）			
高額療養区分	適用区分に○を記入 夫（ ア・イ・ウ・エ・オ ） 妻（ ア・イ・ウ・エ・オ ）			
ご加入の公的保険の付加給付金制度	夫 ☐ 有 ☐ 無 1か月の支払限度額（有の方のみ記載） 夫 （ 円）		妻 ☐ 有 ☐ 無 1か月の支払限度額（有の方のみ記載） 妻 （ 円）	
確認事項	☐ 本申請に係る治療の費用について、他の自治体で助成は受けていません ☐ 前回申請時と住民票、戸籍等変更ありません（今年度2回目以降申請の方のみ） ☐ 各申請書類は返却不可であることを了承しました			
申請金額	金 円			

私達夫婦に関して次の確認行為等が那賀町によってなされることに同意します。

申請に伴い必要となる住民登録の有無、町税、町へ納付すべき保険料等の滞納の有無についての調査、医療機関への照会、助成金の受給状況等について、那賀町が確認することに同意します。

夫氏名
（自署又は記名押印）

妻氏名
（自署又は記名押印）

【添付書類】

1. 不妊治療に要した費用（院外処方分含む）の領収書及び診療明細書
2. 生殖補助医療を受けた場合、那賀町不妊治療費助成金交付受診等証明書（生殖補助医療実施分）
3. 院外処方を受けた場合、那賀町不妊治療費等助成受診等証明書（院外処方における調剤分）
4. 戸籍謄本（発行日から3か月以内の原本）※次のいずれかに該当する場合に限る
 - (1)初めて那賀町不妊治療費助成金の交付申請を行う場合
 - (2)夫婦が別世帯の場合
 - (3)夫婦が事実婚関係にある場合（両人の戸籍謄本が必要）
5. 夫婦が事実婚関係にある場合は、事実婚関係に関する申立書
6. 保険者から高額療養費又は付加給付を受けた場合、限度額適用認定書又は明細書の写し

下欄には記入しないでください。

申請受理年月日	年 月 日	決定年月日	(承認・不承認) 年 月 日		
治療開始日の 妻の年齢	歳	助成回数	回目	受給者番号	