

一般不妊治療（人工授精）助成事業申請書

年 月 日

岐南町長 宛

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。
また、裏面に掲げる「確認すべき事項」について、同意します。（※1）

対 象 者			(ふりがな) 氏 名	生年月日		
	夫		()	昭和 平成	年 月 日生 (歳)	
	妻		()	昭和 平成	年 月 日生 (歳)	
	住 所		〒 _____ 電話 ()			
			※2 (夫 ・ 妻) 〒 _____ 電話 ()			
加入 医療 保険	夫	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 () 【保険名称】 () 【保険者番号】 () 【被保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者				
	妻	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 () 【保険名称】 () 【保険者番号】 () 【被保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者				
過去の助成実績		無 ・ 有 有る場合、() 年度 助成金を受けた自治体(当町 ・ _____ 市町村)				
申 請 額		金 _____ 円	(本人負担額の1/2で、1年度上限5万円) (※4、5)			
※3 _____ (申請者の配偶者) 申請者氏名 _____ 印 _____ 印 (夫及び妻が自署若しくは記名押印) 一般不妊治療費補助金交付決定にあたり、裏面の確認事項について本町が照会・確認することに同意 します。						

<町記入欄>

申請受理年月日		決 定 内 容	承認・不承認
決 定 年 月 日		受 給 者 番 号	

注) 太枠の中をご記入ください。

※1：裏面の「確認すべき事項」を必ずお読みください。

※2：単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

※3：医療機関等の領収書宛名と同一の方が、自署・押印してください。(町内在住の方に限ります。)

※4：1年度とは、3月から翌年2月までの診療分を指します。

※5：ご加入の健康保険組合等に一般不妊治療（人工授精）の付加給付金が支給される場合は、当該付加給付金を差し引いた額を本人負担額とみなします。

【 申請書類の提出について 】 申請を行う際、以下のものをご提出ください。

◎申請書に添付する書類

1. 岐南町一般不妊治療(人工授精)受診等証明書(様式第2号)
2. 領収書・診療費明細書
原本をご持参下さい。(原本は後日お返しします。)
3. 法律上の婚姻している夫婦であることを証明する書類(戸籍謄本等)
4. 夫及び妻の所得額及び課税額を証明する書類
(所得課税証明書・児童手当用所得証明書)(※)
5. 住所地を証明する書類(※)

その他、申請する際には、印鑑と夫及び妻の健康保険証をお持ちください。

※なお、下記の確認事項に同意され、本町で確認できる場合は、4及び5は省略可。

【 確認すべき事項について 】

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、一夫婦あたりの支給額の上限が決められています。転入された方について以前にお住まいの自治体にこの助成金の以前の受給状況を照会するなど、助成金を交付するのに必要な下記の事項について、本町が照会・確認させていただくことがあります。

なお、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

<確認事項>

1. 一般不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、本町が他の自治体へ照会すること。
2. 一般不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、他の自治体から本町に照会があったときに、これに回答すること。
3. 本町の住民であること及び一般不妊治療の治療期間及び申請日に住民であったこと(住民基本台帳)。
4. 対象者の所得状況に関する資料を確認すること(前年所得の状況(1～5月の申請にあつては、前々年))。
5. 治療状況等について医療機関及び調剤薬局等に照会すること。
6. 健康保険組合等の保険者の規定等により支給される不妊治療に関する任意の給付(付加給付金)等について、保険者へ照会すること。(なお、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返還を求めることがあります。)