

様式第1 (第8条関係)

扶桑町一般不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

扶桑町長 様

申請者
住所
氏名
(口座名義人と同一)
電話番号

印

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。

記

対象者		(ふりがな) 氏名 < 自署又は記名押印 > ()		生年月日			
	夫	()		年 月 日生(歳)			
	妻	()		年 月 日生(歳)			
	住所(※1)	〒 -		電話 ()			
	住所(※2)	〒 -		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 () 【保険者番号】 ()		【区分】本人・被扶養者			
	加入医療保険(妻)	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 ()		【区分】本人・被扶養者			
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所			
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人 (申請者と同一)	()			
	口座番号						(左詰記入)
申請額	金. 円		(本人負担額の1/2で、上限5万円、100円未満切り捨て)				
過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去 () 回受けた。 () 年 () 月頃 助成金を受けた自治体は (市町村 ・ その他())							
申請受理年月日			(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: 夫婦の住所を記入する。

※2: 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入する。

- (添付書類)
1. 一般不妊治療受診等証明書、領収書
 2. 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類
 3. 被保険者等であることを証明する書類
 4. 夫及び妻の所得額を証明する書類

◎ 申請の際に、印鑑と健康保険証をお持ちください。

(裏面)

扶桑町一般不妊治療費助成金交付申請に係る同意書

年 月 日

扶桑町長様

対象者

本籍地

都・道・府・県

夫氏名

印

妻氏名

印

私たちは、一般不妊治療費助成金に係る申請に当たり、下記の事項について同意します。

記

助成金交付の審査のために必要な次の事項を閲覧することに関する説明書

助成金を交付するのに必要な要件を確認するため、次の事項について閲覧します。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

- 1 住民基本台帳…（本町内に住所を有することを確認します。）
- 2 戸籍…（法律上の婚姻関係にある夫婦であることを確認します。）
- 3 前年所得の状況（1月から5月の申請にあつては、前々年）

（支給要件として所得制限 がありますので、所得状況を確認します。）

以前の受給歴について以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する説明書

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、1夫婦当たりの支給額の上限が定められています。

他市町村から転入された方は、以前にお住まいの自治体へ、この助成金の以前の受給状況を
確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

高額療養費支給に関する説明書

医療費の自己負担額が高額となった場合、一定の金額（自己負担限度額）を超えた部分が払い
戻される高額療養費制度があります。

この高額療養費の支給を受けたかどうかの確認を、加入されている健康保険組合等の保険者へ
確認することがあります。また、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
環を求めることがありますのでご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。