

美浜町一般不妊治療費助成申請書

年 月 日

美浜町長様

住 所
申請者 氏 名
電話番号

関係書類を添えて次のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。

対 象 者	(フリガナ) 夫 氏名			生年月日	
				年 月 日生	歳
	(フリガナ) 妻 氏名			生年月日	
				年 月 日生	歳
	住所(※1)	電話番号			
	住所(※2)	電話番号			
加入医療保険 夫	【保険者番号】 ()		【区分】 本人・被扶養者		
	【保険者名】				
加入医療保険 妻	【保険者番号】 ()		【区分】 本人・被扶養者		
	【保険者名】				
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	(フリガナ) 口座名義人 (申請者と同一)	()	口座 番号
申請額	金	円	(本人負担額で、1年度上限5万円)		
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					
助成を受けた自治体は(市町村名)・その他()					
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日		年 月 日	
受給者番号		決定金額		円	

(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 一般不妊治療費助成事業受診等証明書、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 住所地を証明する書類

※ 2、3の添付書類について、美浜町で確認できる場合は省略することができる。

◎申請の際に、健康保険証(お二人分)をお持ちください。

美浜町一般不妊治療費助成事業に関する同意書

年 月 日

美浜町長様

対 象 者

本籍地 都・道・府・県

夫氏名

妻氏名

私たちは、美浜町一般不妊治療費助成金に係る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の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。
戸籍・・・法律上の御夫婦であること(事実婚の場合は重婚でないこと)を確認します。

- 以前の受給歴について、以前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、一夫婦あたりの支給額の上限が定められています。

他市区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の有無を、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、申請時以降に支給が確認できた場合は、助成金の返還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。