

南三陸町不妊治療（保険適用された治療）費助成申請書

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	ふりがな		年 月 日生 (歳)
	氏 名	(夫 ・ 妻)	
	現 住 所	〒 () 電話 ()	
配偶者	ふりがな		年 月 日生 (歳)
	氏 名	(夫 ・ 妻)	
	現 住 所 <small>※申請者と異なる場合のみ記入</small>	〒 () 電話 ()	
過去の助成歴等		南三陸町で当助成金を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある (回目) <input type="checkbox"/> ない	
不妊治療（保険適用された治療）費に係る支払い履歴			
支払年月	医療機関に 支払った額 (A)	高額療養費制度利用有無 ※「有」の場合、自己負担限度額 を記入してください (B)	(A) と (B) いずれ か少ない金額 (C)
年 月	円	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (円)	円
年 月	円	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (円)	円
年 月	円	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (円)	円
年 月	円	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (円)	円
年 月	円	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (円)	円
年 月	円	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (円)	円
年 月	円	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (円)	円
申 請 額 ※ (C) の合計額		金 円 (累計上限：10万円)	
南三陸町長 様 南三陸町が本申請の審査に関して関係機関に照会することに同意します。 年 月 日 申請者氏名（自署） (口座名義人と同じ) _____ 配偶者氏名（自署） _____			

《裏》

振 込 先	金融機関名 ※申請者の口座を記入	銀行・金庫 組合・農協 ()				本・支店名		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)					
	口座番号								(右詰め記入)
確 認 項 目	<p>該当する内容の□にレ点を記入してください。</p> <p>1 婚姻関係</p> <p>□ 法律婚</p> <p>□ 事実婚 (事実婚に関する申立書が必要です。)</p> <p>2 確認項目 (該当しない場合は助成の対象となりません)</p> <p>□ 今回申請する治療費について、他の自治体で助成を受けていない。</p>								

【添付書類・チェックリスト】

- ☐ 不妊治療（保険適用された治療）費助成事業に係る受診等証明書（様式第4号）
- ☐ 夫及び妻の住民票（申請日から3月以内に発行されたもの、続柄が記載されたもの）※原本
- ☐ 医療機関が発行する助成対象治療の領収書及び診療明細書
- ☐ 夫及び妻の町税に滞納がないことを証する書類（申請日から3月以内に発行されたもの）※原本
- ☐ 健康保険証の写し
- ☐ 限度額適用認定証の写し（高額療養費制度を利用している場合）
- ☐ 振込先口座が確認できる書類（振込口座通帳の写し等）
- ☐ 事実婚に関する申立書 ※申請者が事実婚関係の場合
- ☐ その他町長が必要と認める書類

申請書類に不備や不足がある場合は、受付できないことがありますのでご注意ください。

助成決定（助成不決定）通知は、申請者の住所地に郵送します。