

大江町不妊治療費助成事業申請書兼請求書

年 月 日

大江町長 宛

下記について確認・同意の上、公的医療保険診療となる不妊治療費等助成事業第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

○助成額決定にあたり、夫婦の住民記録（外国人にあたっては外国人登録）の調査、及び本申請内容について他の地方公共団体・医療機関への照会を行うことに同意します。

○以下の場合には本町からの助成金の支給対象になりません。また本町からの助成金の給付後にそのことが判明した場合等は、支給済みの助成金を返還することに同意します。

- ・本申請分の生殖補助医療費について、山形県以外の自治体から費用の助成を受けている場合
- ・申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合

フリガナ		生 年	年 月 日
申請者氏名	(受診者と同一)	月 日	(歳)
現住所 連絡先	〒 電話 — — ※日中連絡が取れる番号を記載		
治療期間 (申請用証明書に記載されている期間)	年 月 日 ~ 年 月 日		
治療内容	採卵術・胚移植術・精巣内精子採取術・保険診療と併用した先進医療 ※○をつけてください		
治療費支払額 ①	保険診療による治療	円	
	保険診療と併用した先進医療	円	
山形県不妊治療費助成額 ②	円		
高額療養費払い戻し額③	円		
申請金額 ①-②-③	円 助成上限6万円		

《振込先 申請者名義の口座》

振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協		支店・支所
	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			

(注) 太枠内をご記入ください。

【添付書類】

- (1) 大江町不妊治療費助成事業申請用証明書(様式第2号)
- (2) 医療機関、薬局の領収書及び医療費明細書の写し
- (3) 山形県不妊治療(生殖補助医療)費助成金給付決定通知書の写し
- (4) 高額療養費限度額適用認定証、給付通知書等の写し(該当する方)
- (5) 申請者名義の通帳の写し
- (6) マイナンバーカード・運転免許証などの顔写真付き本人確認ができる書類

【担当者記入欄】

本人確認資料等	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> ()	担当者	
---------	--	-----	--