

第1号様式（第8条関係）

上牧町不妊治療・不育治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

上 牧 町 長 様

申請者 住 所

氏 名

印

電話番号

関係書類を添えて下記のとおり不妊地治療・不育治療費の助成を申請します。

対 象 者		(フリガナ) 氏 名		生 年 月 日		
	夫			年 月 日 (歳)		
	妻			年 月 日 (歳)		
	連絡先 (1)	〒		電話 ()		
	連絡先 (2)	〒		電話 ()		
	加入医療 保 険 (夫)					
	加入医療 保 険 (妻)					
医療機関名				住所		
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	口座名義人 (申請者と同一)	(フリガナ)		
	口座番号					
申請額	金	円	種類	不妊治療 ・ 不育治療		
過去の助成実績	他市町村		有 (市町村)	・ 無		
	高額療養の支給 (過去1年)		有 (月)	・ 無		

添付書類) 次の書類を添えて、町長に提出する。ただし③から⑤は様式2号の同意書により確認できる場合は、省略できるものとする。

- ①上牧町不妊治療費助成事業受診等証明書（第3号様式）・上牧町不育治療費助成事業受診等証明書（第4号様式）
- ②医療機関等の発行する不妊治療又は不育治療に係る領収書
- ③法律上婚姻している夫婦であることを証明する書類（戸籍謄本又は抄本）
- ④住所を証明する書類（住民票）
- ⑤夫及び妻の町税の納付を証明する書類

* 申請の際に、印鑑と健康保険証をお持ちください。

第2号様式（第8条関係）

年 月 日

上牧町不妊治療・不育治療費助成金交付に関する同意書

申請者

氏 名 _____ 印

上牧町不妊治療・不育治療費助成金交付申請の関する下記の事項について、町が関係機関等に必要事項を確認することに同意します。

記

〈確認事項〉

1 助成金交付の審査のための必要事項の閲覧について

- (1) 住民基本台帳又は外国人登録原票（町内に引き続き1年間住所を有することの確認のため）
- (2) 前年納付状況
 - * 1月から5月の申請にあたっては、前々年納付状況を確認します。
- (3) 戸籍（法律上の婚姻の届け出をしている夫婦であることの確認のため）

2 助成実績について

- (1) 前住所地の自治体へ、不妊治療又は不育治療に対する助成金等の受給実績についての照会を行います。
- (2) 本町により転出された場合、他の自治体から本町に般不妊治療又は不育治療に対する助成金交付についての照会があった場合は回答します。

3 高額療養費支給等に関する確認について

- (1) 医療費の自己負担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等について、保険者へ照会します。

第4号様式（第8条関係）

上牧町不育治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり不育治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費（本人負担額）を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()	
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)	
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日			
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
○当該患者が、今回行った不育治療について該当箇所に記入して下さい。					
・院内処方の有無（□有り・□無し）					
本人負担額の 内訳	区分	医療機関徴収分		薬局徴収分	本人負担 合計額④
		保険診療分	保険診療以外 の本人負担額 ②	本人負担額③	
		医療費総額	本人負担額		
	年 4 月分	円	円	円	円
	年 5 月分	円	円	円	円
	年 6 月分	円	円	円	円
	年 7 月分	円	円	円	円
	年 8 月分	円	円	円	円
	年 9 月分	円	円	円	円
	年 10 月分	円	円	円	円
	年 11 月分	円	円	円	円
	年 12 月分	円	円	円	円
	年 1 月分	円	円	円	円
年 2 月分	円	円	円	円	
年 3 月分	円	円	円	円	
[今回の治療にかかった金額合計] 領収金額					円 (④の合計金額となります。)

- 注1 当該患者に関して行った不育治療に係るものをご記入ください。
 2 院外処方の有無が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
 3 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。