

平川市不妊治療（先進医療）費助成金交付申請書

年 月 日

平川市長 殿

申請者 住 所
氏 名

関係書類を添えてこのとおり不妊治療（先進医療）の助成を申請します。

	男性		女性		
ふりがな 氏 名					
生年月日	年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）		
住 所	〒 電話		〒 電話		
住 所 (1月1日以前の住所)	〒		〒		
先進医療にかかった費用		円	受診等証明書（様式第2号）に記載の「先進医療にかかった費用」の合計額を記載 （※領収書・明細書があること）		
助成金申請額		円	上段「先進医療に要した費用」に10分の7を乗じた金額 上限150,000円		
過去にこの助成金を受けたことがありますか (女性不妊治療分) ない ・ ある → 過去（ ） 回受けた 助成を受けた自治体は（ ） (男性不妊治療分) ない ・ ある → 過去（ ） 回受けた 助成を受けた自治体は（ ） 年 月 日 平川市長 殿					
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所
	口座種別	普通 当座	フリガナ 口座名義人		
	口座番号				(左詰記入)

(裏面)

1 添付書類

- (1) 不妊治療（先進医療）費に係る領収書と診療明細書の原本（様式第2号）の文書料に係る領収書
 - (2) 平川市不妊治療（先進医療）費助成事業受診等証明書（様式第2号）
 - (3) 平川市不妊治療（先進医療）費助成事業の申請に係る照会等に関する同意書（様式第3号）
 - (4) 申請者が加入している医療保険情報の分かるもの（資格確認書、資格情報のお知らせ、健康保険証（有効期間内のもの）、マイナポータル「資格情報画面」の写しなど）
 - (5) 医療機関より交付される不妊治療等に係る治療計画書
 - (6) 振込先に指定する口座が確認できる書類（通帳、キャッシュカードなどの金融機関名、支店名、口座種別、口座番号及び口座名義が確認できるもの）
 - (7) 前住所地において滞納がないことが分かる証明書
 - (8) その他市長が必要と認める書類
- ※（7）の書類については、患者とそのパートナーの両方又はいずれか一方が申請日の属する年の1月1日以前に平川市を除く自治体に住所を有していた場合のみ提出を要する。

2 事実上婚姻関係と同様の事実（事実婚関係）にある方は、以下に記入してください。

私たちは、事実婚関係にありますので、申し立てます。

住所 _____

氏名 _____

住所 _____

氏名 _____

※別世帯になっている理由（上記2名が別世帯となっている場合には記入してください。）

(理由記入欄)

3 期限内に申請できなかった理由

医療費を支払った日から1年を経過する日までに申請できなかった場合は、その理由について以下に記入してください。

(理由記入欄)

4 助成回数について

助成を受けた後に出産した場合は、これまで受けた1子ごとの助成回数がリセットされます。また、妊娠12週以降に死産に至った場合にも同様となります。その場合は、死産に至った事実を確認できる書類（死産届の写し等）を添付してください。