

平川市不妊治療費助成金交付申請書

関係書類を添えて下記のとおり生殖補助医療（不妊治療）の助成を申請します。

なお、税情報及び住民基本台帳情報、付加給付の有無及びその額等の助成金の交付に必要な情報について、調査することについて同意します。

	患 者	パートナー
ふりがな 氏 名		
生年月日	昭和 平成 年 月 日（ 歳）	昭和 平成 年 月 日（ 歳）
住 所	〒 電話	〒 電話
住 所 (1月1日以前の住所)	〒	〒
本申請における不妊治療に係る自己負担額	円	
限度額適用認定証適用区分		
多数回該当適用の有無		
付加給付金額 ※制度なしの場合は「なし」と記入	円	
<p>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 ()</p> <p>(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 ()</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">平川市長 長尾 忠行 殿</p>		

(注) 太枠の中を記入してください。

振 込 先	金融機関名	銀行						本店
		金庫						支店
	農協						出張所	
口座種別	普通	フリガナ						
	当座	口座名義人						
口座番号							(左詰記入)	

1 添付書類

- (1) 不妊治療費に係る領収書と診療明細書の原本及び様式第2号文書料に係る領収書
- (2) 平川市不妊治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) 健康保険証
- (5) 限度額適用認定証
- (6) 医療機関より交付される不妊治療等に係る治療計画書
- (7) 振込先通帳の写し(振込先金融機関名、支店名、口座種別、口座番号及び口座名義がわかるもの)
- (8) 前住所地において滞納がない事が分かる証明書
- (9) その他市長が必要と認める書類

※(5)の書類については、限度額適用認定証を用いることなく治療費を支払った場合は省略できる。

※(8)の書類については、患者とそのパートナーまた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 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載してください。

(理由記入欄)

3 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。