


中泊町一般不妊治療費等助成事業申請書兼請求書

28年3月20日

中泊町長 あて

申請者 (※1口座名義人と同一の方が、自署・押印)

〒037-0000  
住所 中泊町大字00字××2の1

氏名 山田 太郎 

電話番号 57-0011 (2枚目にも押印してください。)

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費等の助成を申請します。  
また、裏面に掲げる「確認すべき事項」について、同意します。(※2)

記

対象者	(ふりがな) 氏名		生年月日							
	夫	( やまだ たろう 山田 太郎 )	昭 平 成	〇	年	△	月	×	日	生 ( 〇 歳 )
	妻	( やまだ はなこ 山田 花子 )	昭 平 成	△	年	×	月	〇	日	生 ( 〇 歳 )
	連絡先(※3)	〒 電話 ( )								
	加入医療保険(夫)	【種別】市町村国保・組 合国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険名称】( 中泊町 ) 【保険者番号】( ×××× ) 【被保険者番号】( 〇〇〇〇 ) 【区分】本人・被扶養者								
	加入医療保険(妻)	【種別】市町村国保・組 合国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険名称】( ) 【保険者番号】( ) 【被保険者番号】( ) 【区分】本人・被扶養者								
振込先	金融機関名(※4)	銀行 本店 中泊 支店 つがる 金庫 出張所 農協								
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人 (申請者と同一)	( やまだ たろう 山田 太郎 )						
	口座番号	〇	△	×	〇	△	×	〇	(左詰記入)	
申請額	金 35,000 円				(本人負担額の1/2で、1年度上限10万円) (※4)					
過去の助成実績	過去の助成金受給の有無	1. 有 2. 無	「有」の場合 過去に助成を受けた自治体、時期及び助成額	自治体	時期	助成額(円)				
					平成 年 月					
					平成 年 月					
				平成 年 月						

<町記入欄>

申請受理年月日	決定内容	承認・不承認
決定年月日	受給者番号	

注) 太枠の中をご記入ください。  
 ※1: 口座名義人と同一の方が、自署・押印してください。(中泊町内在住の方に限ります。)  
 ※2: 裏面の「確認すべき事項」を必ずお読みください。  
 ※3: 単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。  
 ※4: 1年度とは、4月から翌年3月までの診療分を指します。

【 申請書類の提出について 】 申請を行う際、以下のものをご提出ください。

◎中泊町一般不妊治療費助成事業申請書(第1号様式)

◎申請書に添付する書類

1. 一般不妊治療費助成事業受診等証明書(第2号様式)
2. 領収書 ※原本とコピーをご持参下さい。(原本照合した後、原本はお返しします。)
3. 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類(戸籍謄本)
4. 夫及び妻の所得額を証明する書類(市民税・県民税証明書)

※下記の確認事項に同意された場合で、審査の際、本市で確認できる場合は、省略可。

5. 請求書(後日でも可)

その他、申請する際には、印鑑と健康保険証をお持ちください。

【 確認すべき事項について 】

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、一夫婦あたりの支給額の上限が決められています。転入された方について以前にお住まいの自治体にこの助成金の以前の受給状況を照会するなど、助成金を交付するのに必要な下記の事項について、本町が照会・確認させていただくことがありますので、ご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

<確認事項>

1. 一般不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、本町が他の自治体へ照会すること。
2. 一般不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、他の自治体から本町に照会があったときに、これに回答すること。
3. 本町の住民であること及び一般不妊治療の治療期間及び申請日に住民であったこと(住民基本台帳・外国人登録原票)。
4. 対象者の所得状況に関する資料を確認すること(前年所得の状況(1～5月の申請にあつては、前々年))。
5. 治療状況等について医療機関及び調剤薬局等に照会すること。
6. 健康保険組合等の保険者の規約等により支給される不妊治療に関する任意の給付(付加給付金)等について、保険者へ照会すること。なお、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返還を求めることがありますのでご承知ください。

私は、中泊町が上記について確認することに同意します。

氏名 山田 太郎

