

南大隅町不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

南大隅町長 様

申請者 住 所 南大隅町 _____
氏名 _____

南大隅町不妊治療費助成事業実施要綱第 5 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

記

(フリガナ) 氏 名	夫		妻	
生年月日		S・H 年 月 日 (歳)		S・H 年 月 (歳)
加入医療保険	市町村国保・組国保・組合健保・協会けんぽ・ 共済組合・その他 ()		市町村国保・組国保・組合健保・協会けんぽ・ 共済組合・その他 ()	
電話番号				
住 所	〒893一 南大隅町			
夫婦の住所が 異なる場合	〒			
高額療養費の有無	無 ・ 有 (金額 円)			
付加給付等の有無	無 ・ 有 (金額 円)			
その他助成金給付の有無	無 ・ 有 (金額 円)			
助成対象医療費のうち自己負担額	円			
給付を受けようとする助成金の額 (申請額)	円			
過去の助成実績	本町で助成を受けた回数 (回) 他の市町村で過去に助成を受けた回数 (回)			

※ 夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合

同意書	<p>町民税、固定資産税、国民健康保険税(料)、介護保険料、住宅料、水道料金及びその他の公共料金等を閲覧することに同意します。</p> <p>また医療費の自己負担額が高額になった場合、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制度、付加給付金制度があります。この高額療養費等の支給を受けたかの確認を、加入されている健康保険組合等の保険者へ確認すること、また支給を受けたことが申請以降に確認できた場合、助成金の返還を求めることがあることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">氏名 夫 妻</p>
-----	---

(町記載欄)

申請受理 年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
受給者番号		過去の助成回数	
算 定 額	費用額 (A)		円
	高額療養費 (B)		円
	付加給付額 (C)		円
	助成対象額 (D)		
	助成金対象額 A - (B+ C+ D)		
	助成金額		円
審 査	住民票 定住日 (年 月 日) 適・不適		
	町税 適・不適	国民健康保険税 適・不適	住宅使用料 適・不適
	保育料 適・不適		

(添付書類)

1. 不妊治療費助成事業受診等証明書 (診断書など)
2. 不妊治療に要した費用の領収書及び診療明細書
3. 夫婦であることを証明できる書類
 - * 住民票謄本 (続柄の記載のあるもの)・・・夫婦同一世帯のとき。
 - * 夫及び妻の住民票抄本と戸籍謄本・・・夫婦別世帯のとき。
 - * 外国人登録原票記載事項証明書・・・外国籍を有する者がいる世帯のとき。
 - * 事実婚関係に関する申立書(第 号様式)・・・夫婦が事実上婚姻関係と同様の事情にあるとき。
4. 町県民税や国保税等の納付証明等(夫婦分)・・・税務課で発行
5. 治療を受けた方の健康保険証の写し
6. 高額医療費、付加給付等、加入している健康保険から給付がある場合
当該給付額の確認ができる書類

受給者番号（町が記入します）	
----------------	--

南大隅町不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者について、不妊治療を実施しこれに係る医療費を下記のとおり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

所在地

医療機関名

主治医氏名



医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(フリガナ) 受診者氏名	夫			妻		
		S・H	年 月 日生 (歳)		S・H	年 月 日生 (歳)
受診者 生年月日						
今回の治療期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日まで					
治療方法	1. タイミング法 2. ホルモン補充療法 3. 人工授精 4. 体外受精 5. 顕微授精 6. 男性不妊治療 7. 先進医療 () 8. その他 ()					
診療年月	本人負担額（保険診療分）		本人負担額（保険外診療分）			
年 月分	円		円			
年 月分	円		円			
年 月分	円		円			
年 月分	円		円			
年 月分	円		円			
年 月分	円		円			
年 月分	円		円			
年 月分	円		円			
年 月分	円		円			
年 月分	円		円			
年 月分	円		円			
小計	円		円			
合計	円					

注 文書料、食事療養費標準負担額及び個室料等治療に直接関係のない費用は含めないでください。

受給者番号（町が記入します）	
----------------	--

南大隅町不妊治療費助成事業薬剤費証明書

下記の者について、不妊治療に係る薬剤について、医療機関の処方せんにより調剤し、これに係る薬剤費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

薬局の名称及び所在地

所在地

薬局名

薬剤師氏名



薬局記入欄（薬局が記入すること）

(フリガナ) 受診者氏名	夫		妻	
受診者 生年月日		S・H 年 月 日生 (歳)		S・H 年 月 日生 (歳)
処方せん交付医療機関名				
処方された年月		本人負担額（保険診療分）	本人負担額（保険外診療分）	
年	月分	円	円	
年	月分	円	円	
年	月分	円	円	
年	月分	円	円	
年	月分	円	円	
年	月分	円	円	
年	月分	円	円	
年	月分	円	円	
年	月分	円	円	
年	月分	円	円	
年	月分	円	円	
年	月分	円	円	
小計		円	円	
合計			円	

注 文書料、食事療養費標準負担額及び個室料等治療に直接関係のない費用は含めないでください。

事実婚関係に関する申立書

年 月 日

南大隅町長 様

1. 下記二名については、事実婚関係にあります。

(1) 不妊治療費助成事業申請者の住所・氏名

住所 _____

氏名 _____

(2) 不妊治療費助成事業申請者の住所・氏名

住所 _____

氏名 _____

※別世帯となっている理由

(1)と(2)が別世帯となっている場合には、記入すること。

2. 本事業を受けた不妊治療により出生した子について、認知を行います。

氏名 _____

氏名 _____

南大隅町不妊治療費助成金請求書

年 月 日

南大隅町長 様

申請者 住 所 南大隅町
氏 名 _____ (印)
電話番号 _____

年 月 日付け南町第 号で承認決定通知のあった不妊治療費助成金を給付くださるよう、南大隅町不妊治療費助成事業実施要綱第7条第1項の規定により請求します。

記

1. 請求額 金 _____ 円
2. 振込先

金融機関名	銀行・農協 信用金庫	本店・支店 出張所・支所
口座番号	普通・当座	
フリガナ 口座名義人		

口座名義人名は、申請者氏名と一致すること。

受給者番号（町で記載します）