

## 不妊治療費助成事業申請書

豊浦町長 様 年 月 日  
 関係書類を添えて、次のとおり不妊治療費の助成を申請します。

	(ふりがな) 氏名	生 年 月 日
夫	( )	年 月 日生 ( 歳)
妻	( )	年 月 日生 ( 歳)
住 所	〒 電話	
過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある→過去 ( 回：自治体名 )		
今回の治療が第2子以降の不妊治療である場合のみ記載願います。 ※治療対象の子ども毎の助成回数になりますので、以前に不妊治療の助成対象となった子の氏名を記入して下さい。 子の氏名 子の生年月日		
医療機関へマイナ保険証を提出しましたか。 はい いいえ (限度額適用認定証の提出 あり・なし )		
保険が同一の家族で、不妊治療月に医療費の一部負担金を21,000円以上支払った家族、または診療を受けた70歳以上の家族の有無 ない ・ ある ( 年 月、 年 月、 年 月、 年 月 )		
今回申請する不妊治療で附加給付金等の給付を受けましたか。 はい ・ いいえ (加入保険において制度がない・自己負担限度額を超えなかった)		
a	医療保険適用不妊治療費	円
b	高額療養費支給額および附加給付額等	円
c	先進不妊治療費※内訳は別紙に記入してください。	円
d	助成対象不妊治療費申請額 (a-b+c)	円
申 請 者 氏 名	<b>同 意 書</b> 助成申請について、申請医療機関と豊浦町が申請の事実を共有することに同意します。 豊浦町が、申請事項確認のため健康保険の加入状況、住民基本台帳、町税納税状況等について、公簿等を閲覧し、その他助成金の審査決定に関し必要な情報を調査することに同意し、申請します。 不妊治療費に係る一切の権限を代表して行う者 _____ (夫及び妻が記名)	
振 込 先	銀行・金庫 組合・農協	本店 支店
口座番号	普通 当座	口 座 名 義 ふりがな

※ 町 記 載 欄

決定年月日	年 月 日	収 受 印
認 否	承 認 ・ 不 承 認 (理由 )	
決 定 金 額(円)		

(別紙) 申請金額内訳書

○治療費

かかった費用※1	補助基準額※2	補助額※3
A	B	C=B×10/10
円	円	円

※1：実際にかかった金額を記入してください。

※2：Aに記入した金額が50,000円未満の場合、Aに記入した金額を記入してください。

Aに記入した金額が50,000円以上の場合は、50,000円と記入してください。

※3：Bに記入した金額に、10分の10を掛けた金額を記入してください。

○交通費

回数※1	診療日	かかった費用 ※2	自宅から医療機 関の距離※3	補助基準額 ※4	補助額 ※5
		A	B	C	D= C×10/10
1回目	年 月 日	円	km	円	円
2回目	年 月 日	円	km	円	円
3回目	年 月 日	円	km	円	円
4回目	年 月 日	円	km	円	円
5回目	年 月 日	円	km	円	円
計		円			円

※1：助成回数は1回の治療につき、上限5回としています。

※2：公共交通機関を使用した場合、かかった費用を記入してください。分からない場合は空欄で構いません。

※3：GoogleMap等で計測した距離を記入してください。

※4：交通費の助成額は、豊浦町不妊治療費助成事業実施要綱別表第2のとおり距離に応じた上限額があります。

Aに記入した金額が上限額未満の場合は、Aに記入した金額を記入してください。

Aに記入した金額が上限額以上の場合は、上限額を記入してください。

※5：Cに記入した金額に、10分の10を掛けた金額を記入してください。

以前の受給歴について、以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する

説 明 書

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、1夫婦当たりの支給回数の上限が決められています。

転入された方は、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確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取り扱いについては十分留意し、プライバシーは厳守します。