

佐川町不妊治療費等助成事業申請書

年 月 日

佐川町長 様

佐川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（一般不妊治療費・人工授精・特定不妊治療）の助成を申請します。

なお、私たちの世帯の所得状況及び加入医療保険者・被扶養者の資格・給付等の必要な情報を、健康福祉課長が当該又は関係機関に確認することに同意します。また、町長が私たちの住民基本台帳を閲覧することに同意します（ただし、佐川町に住民票がある方に限る）。

記

注)太枠の中をご記入ください。

申請者	夫	ふりがな 氏名	Ⓜ	生年月日	年 月 日 ( 歳)	
		住所	〒(      -      ) 電話			
妻	妻	ふりがな 氏名	Ⓜ	生年月日	年 月 日 ( 歳)	
		住所	〒(      -      ) 電話			
申請金額		治療費の本人負担額	円			
		保険薬局での本人負担額 <small>※治療費が上限に満たない場合</small>	円			
		高知県からの助成額	円			
		差引金額	円			
		金				円
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店(支所) 出張所		
	預金の種類	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人			
	口座番号				(右詰記入)	

(添付書類)

- 佐川町不妊治療費等助成事業医療機関等証明書(様式第2号)  
注)特定不妊治療の場合は高知県知事に提出する「不妊に悩む方への特定治療支援事業指定医療機関受診等証明書」の写しで可
- 法律上の婚姻関係を証明することができる書類で1箇月以内に発行されたもの  
:戸籍謄本、戸籍の全部事項証明書または住民票(続柄及び本籍地が記載されたもの)  
注)夫婦が同一世帯に属さない場合のみ
- 児童手当法施行令による控除が確認できる所得課税証明書(総所得額総額及び各控除額がわかるもの)
- 住民票など住所を確認できるもの
- 治療に要した費用の領収書及び明細書(県の助成事業を申請している場合は、写しを提出)  
注)保険薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明書も合わせて提出してください。
- 医療保険各法に定める被保険者証等の写し
- 「高知県不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書の写し」(特定不妊治療費助成申請の場合のみ)
- その他町長が必要と認める書類

町記入欄	受付印	申請受理年月日	年 月 日
		承認	・ 不承認
		決定年月日	年 月 日
		通算年度・回数	( )年度目 ( )回目