

佐川町不妊治療費等助成事業申請書

年 月 日

佐川町長 様

佐川町不妊治療費等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 ※治療費が上限に満たない場合			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)

- 1 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
- 2 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  
**※事実婚の場合は別途提出書類がありますのでお問い合わせください。**
- 3 住民票など住所を確認できるもの
- 4 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。
- 5 医療保険各法に定める被保険者証等の写し
- 6 「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)
- 7 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	
		回数	(      )回目			