

比布町不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

比 布 町 長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

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

対 象 者	夫氏名	(フリガナ)	夫の生年月日 年 月 日生(歳)			
	妻氏名	(フリガナ)	妻の生年月日 年 月 日生(歳)			
	住 所 (下の欄は、夫婦の 住所が異なる場合 に記入して下さい)	〒 —		電話 ()		
		〒 —		電話 ()		
	加入医療保険 (夫)	【種別】町国保・組合国保・健保・共済・その他() 【保険者番号】() 【区分】本人・被扶養者				
加入医療保険 (妻)	【種別】町国保・組合国保・健保・共済・その他() 【保険者番号】() 【区分】本人・被扶養者					
過 去 の 助 成 状 況	時 期	自治体名	年 月		年 月	
	年 月		年 月		年 月	
	年 月		年 月		年 月	
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店	預金 種別 普通 当座
	口 座 番 号		(フリガナ) 口座名義人	()		
治療にかかった金額 の本人負担額		金 円	他の法令、助成事業等による給付 無 ・ 有() *高額療養費等の該当の有無を確認の上、 助成申請してください。(約2か月後)			
同 意 書 ◆私たちは、比布町不妊治療費助成金の交付要件の確認のため、比布町長が住民基本台帳及び町税等 に関する公簿を閲覧し、及び調査することに同意します。 ※町税及び使用料等の滞納がある場合は、助成の対象となりません。 年 月 日 氏名 夫 印 妻 印						

注)太枠の中をご記入ください。

*行政機関等において事務に必要なかつ相当な理由があると認められるときには、こちらの情報を利用・提供することがあります。
※比布町記入欄

申請受理年月日		(承認・不承認)決定年月日	
マイナ保険証使用	有 ・ 無	マイナポータル医療費確認	年 月 日

助成決定額	
-------	--

◎裏面に「助成対象となる方の要件」「申請に必要なもの」を記載しています。必ずお読みください。

＜助成対象となる方の要件＞

次の1～5の要件をすべて満たす夫婦が対象となります。

- 1 医療機関において不妊症と診断され、不妊治療を受けている方。
- 2 法律上の婚姻をしている夫婦であること。
- 3 夫婦のいずれも比布町に住所を有し、助成金交付申請日まで比布町町内に在住している方。
- 4 医療保険各法による被保険者もしくは被扶養者であること。
- 5 夫婦のいずれも町税及び使用料等を滞納していないこと。

町税等とは、町民税、固定資産税、軽自動車税、国民健康保険税等です。

＜申請に必要なもの＞

- 1 比布町不妊治療費助成事業申請書（様式第1号）
- 2 一般不妊治療受診等証明書（様式第2号）又は、生殖補助医療受診等証明書（様式第3号）
- 3 不妊治療費等に要した費用の領収書及び診療明細書
- 4 健康保険証（夫婦ともに提示してください）
- 5 印鑑
- 6 限度額適用認定証（お持ちの方のみ）
- 7 他の法令・助成事業等による給付がある場合は、給付金額を証明できる書類（該当者のみ）
- 8 年収のわかるもの（6又は7の書類の提出がない方）