

様式第2号(第6条関係)

日高川町一般不妊治療費助成事業に係る内容調書

- 1 本申請の審査に必要な範囲で、戸籍、住民票及び所得証明書等の確認を行うことに同意します。
- 2 本申請にあたり、以前在住していた市町村及び都道府県での助成の有無の確認を行うことに同意します。
- 3 本申請に係る治療に対し、他の市町村及び都道府県の助成を受けません。

記

	(ふりがな) 氏名	生年月日	
夫	( )	年 月 日( 歳)	
妻	( )	年 月 日( 歳)	
住所(※1)	〒	電話 ( )	
住所(※2) (夫・妻)	〒	電話 ( )	
1年前の住所 (※3)	〒		
過去1年間に居住 した市町村(※4)			
一般不妊治療に要した本人負担額 金 _____ 円  申請金額 金 _____ 円 (1年度上限10万円)  年 月 日			
		日高川町長 様	
加入医療保険 (夫)	【保険者名称】 【被保険者証の記号及び番号】 【被保険者名】	【保険者番号】	
加入医療保険 (妻)	【保険者名称】 【被保険者証の記号及び番号】 【被保険者名】	【保険者番号】	
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協	
	預金種別	普通・当座	口座番号
	口座名義人 (申請者と同一)		
不妊治療開始時期(※5)	年 月頃( 歳)	不妊治療年間費用(※6)	約 _____ 万円

※ 治療を受けた日の属する年度内に申請してください。ただし、当該年度分の治療が1月までである場合は、翌年度の4月末日までに、2月までである場合は翌年度の5月末日まで、3月までである場合は、翌年度の6月末日までに申請してください。

※ 一般不妊治療には、不育症に対する治療及び検査を含みます。(平成23年4月1日以降の治療・検査)

※1 夫婦の住所を記入してください。

※2 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

(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をいいます。)

※3 申請日の1年前の住所を記入してください。

※4 ※3以降に居住した市町村名を記入してください。

<以下の2項目(※5・※6)については、不妊治療対策の基礎データとし、今後の本事業の充実に役立てたいと考えております。ご協力いただける方はご記入いただけますようお願いいたします。>

※5 今回の申請にかかわらず、あなたが一般不妊治療を開始した時期を記入してください。

※6 直近の1年間に一般不妊治療に要した費用の額を記入してください。(体外受精及び顕微授精は除きます。)

《添付書類》

- 1 一般不妊治療医療機関受診等証明書(別記第2号様式)  
(薬局での投薬を受けた方は、薬局からの証明書と併せて提出してください。)
- 2 戸籍上の夫婦であることを証明する書類(戸籍謄本及び附票)
- 3 夫婦の住所を確認できる書類(住民票)
- 4 夫婦の前年の所得(前年の所得が確定するまでの間は前々年の所得)を証明する書類(所得証明書)
- 5 医療機関発行の不妊治療に要した費用に係る領収書