

幕別町特定不妊治療費用助成申請書

年 月 日

幕別町長 様

申請者 郵便番号・住所

氏 名

電話番号

幕別町特定不妊治療費用助成実施要綱の規定により、特定不妊治療費用の助成を申請します。

	夫	妻
氏 名		
生年月日	年 月 日生	年 月 日生
申請者と別の住所	*夫と妻の住所が異なる場合のみ記入（夫・妻）	
過去に、幕別町又は他の市町村で特定不妊治療費に関する助成金を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ※助成を受けた市町村名（ ）		
高額療養費 付加給付金の給付	申請する不妊治療費用について、高額療養費・付加給付金の支給を受けましたか。	
	( )	受けました（高額療養費・付加給付金）⇒支給を受けたものに○をつけてください。
	( )	受けていないことを確認しました

	領収金額	高額療養費 ※1	付加給付金 支給額※2	計算額	上限額	申請額（計算額と上限額を比較し少ない方を記入）
生殖補助医療 （保険診療分）	A 円	B 円	C 円	A - B - C 円	150,000 円	① 円
生殖補助医療 （先進医療分）	A 円	/	/	A × 0.7 (70%) 円	35,000 円	② 円
男性不妊治療	A 円	B 円	C 円	A - B - C 円	75,000 円	③ 円
申請額合計					①+②+③	円

- ※1 マイナンバーカード又は限度額適用認定証を提示し、治療費の支払いをした方は記載不要です。それ以外の方は、加入している健康保険又は組合に、高額療養費の支給金額を確認し記載してください。
- ※2 付加給付金の支給の有無を、加入している健康保険又は組合に確認し、給付がある場合は、支給金額を記載してください。

同意書

幕別町特定不妊治療費用助成実施要綱に規定する審査に際し、担当職員が住民基本台帳及び町税の納付状況、治療状況、医療費の支払い状況について、照会、調査、閲覧することに同意します。

夫 \_\_\_\_\_

妻 \_\_\_\_\_

振込先金融機関の名称及び口座番号等

振込先	金融機関名	銀行 金庫 組合 農協		本店・支店 本所・支所 出張所	
	預金種別	普通・当座・貯蓄	ゆうちょ銀行の場合	店名	店番
	口座番号				
口座名義人		フリガナ			

【添付書類】 該当するものに☑してください。

- 幕別町特定不妊治療費用助成受診等証明書（様式第2号）
- 助成対象治療に係る医療機関発行の領収書の写し
- 助成対象治療に係る薬剤明細書と領収書の写し（院外処方「有」の場合）
- 加入している健康保険、又は組合が発行する限度額適用認定証、又は限度額適用・標準負担額減額認定証の写し  
（治療費の支払い時にマイナンバーカードを提示し、限度額の適用区分がわかる方は不要）
- 口座の確認できるものの写し（通帳等）
- 高額療養費支給決定通知書の写し（適用する場合）
- 付加給付金の金額が確認できるものの写し（適用する場合）
- 夫婦の一方が町外に住所を有する場合は町外の方の住民票謄本、戸籍謄本
- 事実婚で同一世帯でない場合は、事実婚関係に関する申立書・認知意向確認書（別記様式第3号）