

下仁田町不妊治療・不育治療費助成金交付申請書（特定・一般・不育）

平成 年 月 日

下仁田町長 様

申請者 住所 下仁田町大字 _____

氏名 _____ 印

下仁田町不妊治療・不育症治療費助成要綱第5条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり助成金の交付について申請します。

記

太枠内を記入してください。

助成対象者	フリガナ 氏名		生年月日(年齢)		加入している医療保険 (一般不妊治療・不育症治療のみ)		
	夫		昭和 年 月 日 (歳)		名称		
			平成 年 月 日 (歳)		記号 番号		
	妻		昭和 年 月 日 (歳)		名称		
		平成 年 月 日 (歳)		記号 番号			
住所 ※1	〒370-26 _____ 下仁田町大字				電話	()	
不妊治療に要した額 (自己負担額)		A	金 _____ 円		内 訳	特定	円
						一般	円
						不育	円
町以外の助成金の有無 ※2		B	有 無 (○をつけてください) 有の場合 助成額 _____ 円				
高額療養費支給の有無 ※3 (一般不妊治療・不育症治療のみ)		C	有 無 (○をつけてください) 有の場合 支給額 _____ 円				
医療保険各法による附加給付の有無 ※4 (一般不妊治療・不育症治療のみ)		D	有 無 (○をつけてください) 有の場合 給付額 _____ 円				
申請基礎額(A-B-C-D)		金 _____ 円					
申請額(上記金額×1/2)		金 _____ 円 (1,000円未満切捨て)					
助成金 振込先 ※5	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合			本店 支店 支所		
	預金種別	1 普通預金	2 当座預金	口座番号			
	フリガナ						
	口座名義人						

※1・2・3・4・5 は裏面の注意事項を参照してください。

町処理欄

区分	決定	決定年月日	支払金額計	控除すべき額	交付決定額
特定・一般・不育	交付・不交付	年 月 日			

注意事項

- ※1 夫婦の住所地を記入してください。
- ※2 不妊治療を受けた場合で、国又は県の助成制度の適応があった場合に助成された額を記入してください。
- ※3 一般不妊治療、不育症治療を受けた場合で、現在加入している医療保険から高額療養費の支給を受けた場合に支給された額を記入してください。
- ※4 一般不妊治療、不育症治療を受けた場合で、現在加入している医療保険から附加給付の給付を受けた場合に支給された額を記入してください。
- ※5 助成対象者の口座情報を記入してください。また、通帳表紙裏面のコピーを添付してください。

助成額について

特定不妊治療費助成額：治療費の1／2で、上限100万円を超える場合は100万円となります。

一般不妊治療費助成額：自己負担額の1／2で、上限20万円を超える場合は20万円となります。

不育症治療費助成額：自己負担額の1／2で、上限20万円を超える場合は20万円となります。