

朝日町不妊治療費助成金交付申請書

朝日町長あて

下記のとおり朝日町不妊治療費助成事業の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

		氏名	生年月日 ※証明書の治療計画作成日における年齢						自己負担限度額の適用区分 ※1		
申請者	夫		年 月 日 (歳)								
	妻		年 月 日 (歳)								
	住所	〒 電話番号 ()									
	住所	〒 ※夫婦で異なる場合のみ記入 (夫・妻)									
自己負担額	男性不妊治療を除く不妊治療費分 (院外処方を含む)		円								
	男性不妊治療費分		円								
	合 計		円								
給付金等	高 額 療 養 費		(無 ・ 有) 円								
	国・県等からの助成金		(無 ・ 有) 円								
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協 本店・支店・支所									
	指定口座	1 普通 2 当座	口座番号								
	ふりがな										
	口座名義										

※1 高額療養費の支給がある場合にご記入ください。今回の治療が保険適用外の場合は記入不要です。

(添付書類)

- 1 不妊治療費助成事業受診証明書、及び該当がある場合は男性不妊治療費助成受診証明書
- 2 同意書
- 3 医療機関や院外処方薬局の発行する領収書及び診療報酬明細書
- 4 保険診療の場合、治療を受けた者の資格確認書等が確認できるものの写し
- 5 保険診療の場合、高額療養費の支給がある場合、限度額適用認定証の自己負担限度額適用区分が確認できるものの写し
- 6 県の助成金や高額療養費の支給がある場合、その金額が分かる書類
- 7 健康保険による付加給付がある場合は、その額を確認できる書類

※保健センター記入欄

今年度申請回数 (回目)	保険診療該当 (有 ・ 無)	先進医療該当 (有 ・ 無)
----------------	------------------	------------------