

## 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 <small>※証明書の治療計画作成日における年齢</small>				自己負担限度額の適用区分 <b>※1</b>		
申請者	夫		年 月 日 ( 歳)						
	妻		年 月 日 ( 歳)						
	住所	〒 電話番号 ( )							
	住所	〒 <small>※夫婦で異なる場合のみ記入</small> (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ひと月の医療費の自己負担限度額を下表のア～オより当てはまるものをご記入下さい。(自己負担限度額は所得によって異なります。給与明細書等をご確認いただくか保険者等へ直接お問い合わせいただき、正確にご記入下さい。) 今回の治療が保険適用外の場合は記入不要です。

区分	自己負担限度額	年収	標準報酬月額(社保)	旧ただし書き所得(国保)
ア	252,600円+(医療費-842,000)×1%	約1,160万円～	83万円以上	901万円超え
イ	167,400円+(医療費-558,000)×1%	約770～約1,160万円	53万～79万円	600万～901万円
ウ	80,100円+(医療費-267,000)×1%	約370～約770万円	28万～50万円	210万～600万円
エ	57,600円	～約370万円	26万円以下	210万円以下
オ	35,400円	住民税非課税者		

- (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、治療を受けた者の健康保険証の写し  
 5 保険診療の場合、限度額適用認定証をお持ちの方は、その写し  
 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

(保健センター記入欄)

今年度申請回数 ( ) 回目