

# 記入時の注意点

- ・黄色の箇所は空けたままご持参ください
- ・ピンクの箇所は同じ氏名の記載をお願いします

様式第1号（第5条関係）

## 錦町不妊治療費等助成事業申請書兼請求書

年 月 日

錦町長 様

申請者氏名

関係書類を添えて次のとおり、不妊治療費等の助成を申請します。

なお、申請するにあたり、下記の内容を確認することに同意します。

- 加入医療保険者に資格や給付の状況、転入前の自治体等に必要な情報を確認

(署名)

申 請	氏名			
	生年月日	年 月 日 ( 歳 )		年 月 日 ( 歳 )
	加入 医療保険	夫 国保・健保・船員・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】 本人・被扶養者	妻	国保・健保・船員・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】 本人・被扶養者
	住所	錦町大字		夫と異なる場合のみ記入
	電話番号	( 夫・妻 )		
	不妊治療の種類 <input checked="" type="checkbox"/> をつける [ ] は○で囲む	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 [ タイミング法、排卵誘発法、人工授精 ] <input type="checkbox"/> 生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 先進医療		
	助成金申請額		円	(申請額計算書の合計額)

請 求	年 月 日付、錦町指令第 号で交付確定(決定)通知のあつた錦町不妊治療費等助成事業について下記金額を請求します。			
	年 月 日			
	請求者氏名			
	(自署又は記名押印)			
円				
金融機関名		支店・支所名		
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		
口座人名義	(フリガナ)			

※ 裏面で提出書類の確認をお願いします。

添付書類

●共通書類

- 錦町不妊治療費等申請額計算書（様式第 2 号）
- 振込希望先金融機関の通帳の写し（口座番号等確認のため）

●一般不妊治療（タイミング法・排卵誘発法・人工授精）

- 錦町不妊治療費等助成事業受診証明書【一般不妊治療・人工授精】（様式第 3 号）
- 不妊治療費に係る領収書及び明細書添付
- 錦町不妊治療費等助成事業薬局等証明書（様式第 4 号）

注）保険薬局で投薬を受けた方のみ

- その他、町長が必要と認める書類

●生殖補助医療（男性不妊治療を含む）及び先進医療

- 錦町不妊治療費等助成事業受診証明書【生殖補助医療・先進医療】（様式第 5 号）
- 不妊治療費に係る領収書及び明細書の写し
- 高額療養費決定通知書の写しまたは限度額適用認定証等の写し（該当者）
- 医療保険各法による付加給付金額が確認できるものの写し（該当者）

●先進医療

- 生殖補助医療と併せて実施したことが分かる書類
- 先進医療費に係る領収書及び明細書の写し