

錦町特定不妊治療費助成事業申請兼請求書

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、特定不妊治療費の助成を申請します。  
なお、担当課または関係機関が加入医療保険者・被扶養者の資格・給付等の必要な情報を確認することに同意します。

申請	夫氏名	生年月日及び年齢 年 月 日 ( 歳)	
	妻氏名	生年月日及び年齢 年 月 日 ( 歳)	
	住所 (夫)	錦町大字	電話番号 (日中連絡がとれる番号)
	住所 (妻)	夫と住所が異なる場合のみ記入	
	町への初回申請時の年齢 及び町への申請回数	40歳未満 ・ 40歳以上 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 回 (○を付けて下さい)	
	領収金額 (保険内診療に限る)	円 (錦町特定不妊治療費助成事業受 診等証明書の領収金額を転記)	
	加入医療保険 (夫)	【種別】国保・健保・船員・共済・その他( ) 【保険者番号】( ) 【区分】本人・被扶養者	
	加入医療保険 (妻)	【種別】国保・健保・船員・共済・その他( ) 【保険者番号】( ) 【区分】本人・被扶養者	
	高額療養費制度の該当 ※該当者は添付書類あり	なし	あり (適用区分: ア・イ・ウ・エ・オ) (償還払い額: 円)
	加入医療保険の付加給付 ※該当者は添付書類あり	なし	あり (給付額: 円)
助成対象額		円 (領収金額から償還払い額及び給付 額を控除した額)※上限10万円	

請求	年 月 日付、錦町指令第 号で交付決定のあった錦町特定不妊 治療費助成事業補助金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			
	振込 口座	金融 機関名 銀行・金庫・農協・信用組合	支店名 支所名 本店・支店・支所	
	預金種別 普通 ・ 当座	(フリガナ) 口座名義人		
	口座番号		申請者及び請求者の口座に限ります (右詰めでご記入下さい)	

※記入箇所：申請者氏名・申請欄・請求欄の請求者氏名及び振込口座（その他は確認後記入）

- (添付書類)
- 錦町特定不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）
  - 錦町特定不妊治療費助成事業保険薬局等証明書（様式第3号）  
注）保険薬局で投薬を受け、領収証及び調剤明細書等で内容の確認ができない場合に必要
  - 当該特定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）
  - 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）
  - その他、町長が必要と認める書類