

錦町特定不妊治療費助成事業申請兼請求書

錦町長 様

年 月 日

シャチハタ印は
不可です。

申請者氏名 錦 花子 印 錦

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より同意します。

申請	夫氏名	錦 太郎		生年月日及び年齢		S57年 4月 1日 (40歳)	
	妻氏名	錦 花子		生年月日及び年齢		S61年 5月 1日 (36歳)	
	住所 (夫)	錦町大字一武〇〇〇番地				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				〇×〇-××××-××××	
	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 (〇を付けて下さい)					
	領収金額 (保険内診療に限る)	150,000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】(〇〇〇〇〇〇〇) 【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】(〇〇〇〇〇〇〇) 【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: 67,570 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、球錦健第 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 錦 花子 印 錦							
	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	ニシキ ハナコ 錦 花子		
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7

※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