様式第１号（第６条関係）

いの町不妊治療費助成事業申請書兼請求書

年　 　月　 　日

いの町長　　　　　　　　　様

いの町不妊治療費助成事業実施要綱第６条第１項の規定により関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請（請求）します。

私は、この申請の審査において、夫婦の町税等（国民健康保険税を含む。）の納付状況を確認することに同意します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （注）太枠の中をご記入ください。 | | | | | |  | | □一般不妊治療　（　　　　　年目）  □特定不妊治療　（　　　　　回目） | | | | | | |
| 申請者 | 夫 | ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 | ㊞ | | | 生年  月日 | | 年　 　月　 　日（　　　歳） | | | | | | |
| 住所 | 〒（　　　　－　　　　）　　　　　　電話番号　　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 妻 | ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 | ㊞ | | | 生年  月日 | | 年　 　月　　 日（　　　歳） | | | | | | |
| 住所 | 〒（　　　　－　　　　）　　　　　　電話番号　　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 申請金額 | | | 治療費の本人負担額 | | 円 | | | | | | | | | |
| 高知県からの助成額 | | 円 | | | | | | | | | |
| 差引金額 | | 円 | | | | | | | | | |
| 金　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | | ※申請者の口座をご記入ください。 | | 銀行・金庫・農協　　　　　　　　　本店・支店・出張所 | | | | | | | | | |
| 預金種別 | | 普通 ・ 当座 | 口座番号  （７桁 右詰め） | | |  | |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人  （※カナ書き） | |  | | | | | | | | | | | |
| 添付書類  ① 不妊治療費助成事業受診等証明書(様式第２号)  ※特定不妊治療費助成申請の場合は、県助成事業申請時に提出する「高知県特定不妊治療支援事業医療機関受診等証明書」の写しを様式第２号の証明書に代えることができる  ② 治療に要した費用の領収書及び明細書(県助成事業を申請している場合は、写しを提出)  ③ 法律上の夫婦であることを証明できる書類(夫婦が同一世帯に属さない場合のみ)  ※事実婚の場合は、申請者の戸籍謄本、住民票、事実婚関係に関する申立書（様式第６号の）提出が必要。  ④ 「高知県特定不妊治療支援事業承認決定通知書の写し」(特定不妊治療費助成申請の場合のみ)  ⑤ その他町長が必要と認める書類  ＊ 提出期限：一般不妊治療　治療が終了した日の属する年度の末日まで（治療が終了した日が3月である場合は、翌年度の4月末日まで）  特定不妊治療　高知県要綱の規定に基づく「高知県特定不妊治療支援事業承認決定通知書」により通知を受けた日から60日以内 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 町記入欄 | | | 受付印 | 受領年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 承認　・　不承認 | | | | | | | | | | |
| 決定年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 通算年度・回数　（　　　　　）年度目　（　　　　　）回目 | | | | | | | | | | |
| * 健康保険資格確認 | | | | | | | | | | |