

西郷村不妊治療費助成申請書兼請求書

年 月 日

西郷村長

関係書類を添えて次のとおり不妊治療費の助成を申請・請求します。

	氏 名		住 所・連絡先			
申請者 (請求者)	フリガナ		連絡先(自宅) (携帯)			
	年 月 日(歳)					
配偶者	フリガナ		連絡先(自宅) (携帯)			
	年 月 日(歳)					
婚姻関係	<input type="checkbox"/> 法律上の婚姻関係		<input type="checkbox"/> 事実上の婚姻関係			
給付等の有無	<input type="checkbox"/> 福島県不妊治療支援事業		<input type="checkbox"/> 高額療養費		<input type="checkbox"/> 附加給付	
治療内容	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療(タイミング法 薬物療法 人工授精)					
	年度内の申請 <input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 2回以降(前回までの申請額 円)					
	<input type="checkbox"/> 特定不妊治療(体外授精 顕微授精 先進医療)					
	助成回数のリセット <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(出生の場合:子の名前()生年月日					
助成金交付申請・請求額(院外処方を含む)	a 自己負担額		_____ 円			
	b 福島県不妊治療支援事業の助成額		_____ 円			
	c 高額療養費及び附加給付の給付額		_____ 円			
	d 助成対象額(a-b-c)		_____ 円			
	助成申請・請求額(上限15万円)		_____ 円			
振込先	金融機関名		銀行	本店		
			金庫	支店		
			農協	出張所		
	口座名義人	<input type="checkbox"/> 普通	フリガナ		口座番号(左詰め)	
		<input type="checkbox"/> 当座				
<p>不妊治療費の助成申請にあたり、支給決定に関して必要な住民情報等の情報を閲覧し確認することを承諾します。 また、助成の適正を図るために必要な場合は、他自治体に情報照会、提供をすること及び医療機関等に受診等証明書等の内容を照会することについて同意します。</p>						
申請者 氏名		印 配偶者		印 ※自署の場合は押印省略可		
申請受理年月日	承認・不承認決定年月日	助成金額	受給者番号			

太枠内を記入してください。裏面に必要書類の説明があります。

必要書類	備考
<input type="checkbox"/> 西郷村不妊治療費助成申請書兼請求書（様式第1号）	助成金の金額は訂正ができないため、申請窓口で確認の上記載していただきます。
<input type="checkbox"/> 西郷村不妊治療費受診証明書（様式第2号）	受診した医療機関に記載してもらってください。 （発行の度に文書料が発生します。）
<input type="checkbox"/> 西郷村不妊治療費領収金額明細書（保険診療分）（様式第3号） <input type="checkbox"/> 西郷村不妊治療費領収金額明細書（自費用）（様式第4号）	医療機関発行の明細書（レセプトコンピュータ等による明細書）に代えることができます。
（保険診療のとき） <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し	医療機関から保険診療の請求を受けた方の健康保険証
（福島県不妊治療支援事業の助成を申請している場合） <input type="checkbox"/> 決定通知書の写し	コピー可
（高額療養費の支給あり）重要 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証または限度額適用・標準負担額減額認定証の写し 払い戻しの対象となった場合 <input type="checkbox"/> 支給金額が確認できる書類等の写し	高額療養費 ・医療機関窓口限度額適用認定証または限度額適用・標準負担減額認定証を提示して受診した場合、写しをご提出ください。 ・不妊治療の自己負担額が限度額に満たない又は限度額適用認定証等を提示して受診していても、同じ月に不妊治療以外の受診や他扶養家族が受診している場合（不妊治療実施医療機関以外含む）は、高額療養費の払い戻しの対象となる場合があります。詳しくは健康保険者にご確認ください。払い戻しの対象となった場合、お早目に必要な手続きを行ってください。支給金額が確認できる書類等の写しが必要となります。
附加給付あり 給付額が確認できる書類等の写し	附加給付 附加給付の有無は健康保険者にご確認ください。
<input type="checkbox"/> 振込先の通帳	夫婦どちらかの名義

西郷村確認用

福島県不妊治療支援事業の助成の有無 無 有（確認日時 担当 ）

高額療養費の支給の有無 無 有（確認日時 担当 ）

同月の不妊治療以外の受診及び他扶養家族の受診の有無 無 有