

(様式第1号)(第4条関係)

山ノ内町不妊及び不育症治療補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

山ノ内町長 様

不妊及び不育症治療補助金の交付を受けたいので、山ノ内町不妊及び不育症治療補助金交付要綱に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

申請者	(ふりがな) 氏名	()	生年月日	S・H・R 年 月 日生(歳)
配偶者	(ふりがな) 氏名	()	生年月日	S・H・R 年 月 日生(歳)
住 所	電話			
配偶者の住所	電話			
申請回数	子目: ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 4回目 ☐ 5回目 ☐ 6回目			
申 請 額	上限 300,000 万円 円 (1+2+3) 1 医療機関の自己負担額 A 円 2 薬局の自己負担額 B 円 3 高額療養費等支給額 ※ 円 ※高額療養費、付加給付、県補助金等			
振込先金融機関の名称及び口座番号等				
振込先金融機関の名称		口座番号		口座名義
銀行 金庫 組合 農協	本店 支店 支所	普通・当座		(ふりがな)
【誓約・同意事項】 情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守いたします。ついては、以下の内容をご確認いただき、署名をお願いします。 ・治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満です。 ・夫婦のどちらかが交付申請日において山ノ内町に1年以上住所を有しています。 ・交付決定審査等において、医療費が高額になった場合は、保険給付（高額医療費・付加給付等）の適否について、加入医療保険者へ山ノ内町より照会する場合があります。 ・対象条件確認のため、住民基本台帳情報、課税納税状況等を確認します。 ・補助判定に必要な場合は、長野県保健福祉事務所及び他市町村等へ情報を確認する場合があります。 以上内容に同意します。 氏名（申請者） 氏名（配偶者）				

加 入 医 療 保 険	夫	氏 名		(どちらかに○) 本人 ・ 被扶養									
		保険者名 (発行機関)		保険者番号									
	妻	氏 名		(どちらかに○) 本人 ・ 被扶養									
		保険者名 (発行機関)		保険者番号									

【申請に必要なもの】

- ☐ 山ノ内町不妊及び不育症治療補助受診証明書
- ☐ 医療機関及び調剤に係る領収書
- ☐ 医療機関又は調剤に係る高額医療費又は付加給付及び長野県不妊・不育症支援事業の支給を受けることができる場合は、支給が確認できる書類(各保険者等から交付される支給決定通知書等)
- ☐ 振込先口座の通帳の写し(ゆうちょ銀行の場合のみ)

【申請にあたっての留意事項】

- ☐ 山ノ内町不妊及び不育症治療補助金の交付を希望する方は、治療が終了した日の翌日から起算して 12 か月以内に提出してください。

※以下記入しないでください。

町 記 入 欄	受付印	☐ 新規(不妊治療 ・ 不育症治療) ☐ 継続 (不妊治療・不育症治療) (回目・初回申請： 年 月・妻年齢 歳) ☐ 住民登録 (夫： ☐ 有・ ☐ 無、妻： ☐ 有・ ☐ 無) ☐ 市町村民税等滞納 (☐ 有り ☐ 無し) ☐ 婚姻 ☐ 他市町村での助成無 ☐ 助成決定 ☐ 高額医療費の支給 ☐ 付加給付の支給 ☐ 助成不可		