## 日高村不妊治療費等助成金交付申請書兼請求書

## 日高村長 様

日高村不妊治療費等助成交付要綱第5条第1項の規定に基づき、日高村不妊治療費等助成金 (一般不妊治療 ・ 特定不妊治療 ・ 不育症治療 ) の交付について申請及び請求します。

年度・回目		夫 ・ パートナー							妻				
(フリガナ)													
E	氏 名												
生年月日		昭和・	平成	年	月		日(	歳)	昭和・平成	年 年	月 日	( 歳)	
ſ	主 所	〒							※左記と異なる	る場合のみ記入			
電	話番号												
医療	種別	種 別 国民健康保険 ・ 全国健康保険 共済組合保険 ・ その他 (			・船員組合保険 )			国民健康保険 ・ 全国健康保険 ・ 船員組合保険 共済組合保険 ・ その他(					
保	保険者番号	記号				番号				記号	番号	番号	
険	区分	本人・・被扶養者							本人・・被扶養者				
申請金額 ※ 1,000円未満は 切り捨て		□ 一般不妊治療				金			円	1年度ごとに上限5万円			
		□ 特定不妊治療				金			円	本人負担額から高知県の助成を受けた額を控除した額について、1回につき上限5万円			
		□ 不育症治療				金			円	・1治療期間の医療費の2分の1以内 ・1治療期間、1年度につき上限300,000円			
申請する	助成金と同じもの	)を過去	ない	· 5	5る	$\Rightarrow$ (		県	•	市・町・村	†) (	回)	
に受けたことがありますか						(	,	県	•	市・町・村	t) (	回)	
	(フリガ:	ナ)											
振	口座名義												
込	金融機関名	· 融機関名				支店名			口座番号				
座				銀行・台	虚庫・原	農協	本店・支属	5(支所)	・出張所				
	金融機	関番号					店番号			預金の種類	普通	・ 当座	

## (添付書類)

- 1. 不妊治療費助成事業医療機関等証明書
- ※ 特定不妊治療の場合は高知県知事に提出する「特定不妊治療費助成事業受診等証明書」の写しで可
- 2. 不妊治療等に要した費用の領収書の写し
- 3. 住民票など住所を確認できるもの(写し可)
- ※下記同意書に署名のうえ、住基登録台帳にて確認できる場合は省略可
- 4. 婚姻関係の確認できる書類

夫婦の戸籍謄本(写し可)(下記同意書に署名のうえ、法律婚で夫婦が同世帯同住所である場合は省略可) 事実婚の場合、事実婚関係に関する申立書

- 5. 加入医療保険証の写し
- 6. 振込先金融機関口座確認書類の写し
- 7. 特定不妊治療の場合のみ高知県の「不妊に悩む方への特定治療支援事業承認決定通知書」の写し

この申請にあたり私たちの世帯の加入医療保険者・被扶養者の資格・給付等の必要な情報を担当課及び関係機関に確認すること、住民基本台帳による世帯状況等を調査することに同意します。 (ただし、日高村に住民票がある方に限る)。

## 申請者氏名

※ 担当者	申請受理年月日	年	月	Е	( 承認・不承認 ) 決定年月日	年	月	В
記入欄	受給者番号	一般・	特定・	不育	No.			