

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・不妊治療費(生殖補助医療)・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)							
氏名							
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)			昭和・平成 年 月 日 (歳)			
住所	〒			※左記と異なる場合のみ記入			
電話番号							
医療保険	種別	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()		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()			
	保険者番号	記号	番号	記号	番号		
	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	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療		金 円	1年度ごとに上限10万円			
	<input type="checkbox"/> 不妊治療(生殖補助医療)		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			
	<input type="checkbox"/> 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に受けたことがありますか？	ない・ある ⇒ (県・市・町・村) (回) (県・市・町・村) (回)						
振込口座	(フリガナ)						
	口座名義						
	金融機関名	支店名	口座番号				
	銀行・金庫・農協	本店・支店(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
 ※不妊治療(生殖補助医療)の場合は高知県知事に提出する「高知県不妊治療費支援事業医療機関受診等証明書」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. 夫婦の加入医療保険資格情報が分かる書類
6. 振込先金融機関口座確認書類の写し
7. 不妊治療(生殖補助医療)の場合のみ高知県の「不妊治療費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 記入欄	申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
	受給者番号	No.	一般・不妊治療(生殖補助医療)・不育	