

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 )	年      月      日
	受給者番号	No.	決定年月日	一般      ・      不妊治療(生殖補助医療)      ・      不育