

軽米町生殖補助医療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

軽米町長 様

申請者 住 所

氏 名

㊞

電話番号

軽米町生殖補助医療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。本申請に係る治療については、他の自治体で助成を受けておらず、今後受ける予定もありません。

また、申請内容の確認のために町が保有する申請者の住民基本台帳、夫婦の前年の所得及び町税の納付状況を開覧すること、並びに治療内容等について医療機関等に問い合わせることに同意します。

治療費支払額 ①			給付・付加給付等の払戻額 ②		交付申請額 ①－②	
円 うち保険診療による治療 円 併用して実施した先進医療 円			円		円	
夫	フリガナ				生年月日	年 日 (歳)
	氏 名					
	加 入	種 別	☐ 市町村国保 ☐ 組合同国保 ☐ 健保 ☐ 共済 ☐ その他()			
	医療保険	区 分	☐ 本人 ☐ 被扶養者			
妻	フリガナ				生年月日	年 日 (歳)
	氏 名					
	加 入	種 別	☐ 市町村国保 ☐ 組合同国保 ☐ 健保 ☐ 共済 ☐ その他()			
	医療保険	区 分	☐ 本人 ☐ 被扶養者			
住 所 (申請者と配偶者の住所が異なる場合に配偶者の住所を記入)						
過去の助成の有無			過去に生殖補助医療にかかる助成を受けたことがありますか。 ☐ ない ☐ ある ⇒過去(回)助成を受けた市町村名()			
振込先 (申請者名義)	金融機関名				支 店 名	
	種 別		☐ 普通 ☐ 当座		口座番号	
	口座名義人(カタカナ)					

【添付書類】

- 1 軽米町生殖補助医療に係る医療機関受診等証明書(様式第2号)
- 2 医療機関発行の領収書及び診療明細書(主治医の指示により、他医療機関で実施した治療や院外処方に要した処方費用の領収書を含む。)
- 3 夫婦それぞれの被保険者証の写しとマイナンバーカードの写し
- 4 限度額適用認定証及び当該医療費に対する給付、付加給付等の額がわかる書類の写し(該当者に限る。)
- 5 事実婚関係に関する申立書(様式第3号)届出をしないが事実上婚姻関係と同様の事情にある場合に限る。
- 6 その他町長が必要と認めた書類