

音更町特定不妊治療費等補助金交付申請書兼口座振込依頼書

年 月 日

音更町長 宛て

申請者 住所
氏名
(署名又は記名・押印)
電話番号

音更町補助金等交付規則第6条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

		夫	妻	
(フリガナ)				
氏名				
生年月日		年 月 日生 (歳)	年 月 日生 (歳)	
申請者と別の住所		※夫と妻の住所が異なる場合のみ記入(夫・妻)		
治療に要した期間		年 月 日 から 年 月 日 まで	年 月 日 から 年 月 日 まで	
受診した医療機関名				
通算治療回数		1回目の治療開始時の妻の年齢区分に <input checked="" type="checkbox"/> をつけて、今回の治療が何回目か○をつけてください。 ※助成を受けた後に出産し、新たに治療を開始した場合は、1回目となります。 <input type="checkbox"/> 40歳未満 1回目・2回目・3回目・4回目・5回目・6回目 <input type="checkbox"/> 40歳以上43歳未満 1回目・2回目・3回目		
過去に受給した他自治体からの助成金受給		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 最後に助成を受けた自治体名 ()		
確認事項	高額療養費の支給	申請する不妊治療に係る治療費等について、「限度額適用認定証」を医療機関に提示しましたか。 <input type="checkbox"/> 提示しました ⇒適用区分(ア・イ・ウ・エ・オ) <input type="checkbox"/> 提示していません ⇒高額療養費制度の申請は済んでいますか。 <input type="checkbox"/> 申請しました ⇒裏面の「自己負担額計算書」で自己負担額を計算し申請額を記入		
	付加給付の支給	申請する不妊治療に係る治療費等について、付加給付の有無及び支給金額を確認しましたか。 ※付加給付については、申請前に加入している健康保険又は組合に確認してください。 <input type="checkbox"/> 付加給付金あり ⇒裏面の「自己負担額計算書」で自己負担額を計算し申請額を記入 健康保険又は組合が発行した支給決定通知書等の支給額の分かるものの写しを提出 <input type="checkbox"/> 付加給付金なし		
申請額	※高額療養費又は付加給付の支給を受けた人は、裏面の「自己負担額計算書」で自己負担額を計算して記入してください。			
		自己負担額	上限額	申請額 自己負担額と上限額を比較して少ないほうを記入
	1 特定不妊治療費 (男性不妊治療費を除く)	ア+イ 円	200,000円	円
	2 男性不妊治療費	ウ 円	200,000円	円
	3 通院交通費 (通院25kmを超える)	円	通院状況確認書 交通費助成上限額	円
申請合計額			円	
添付書類 該当する欄に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください	<input type="checkbox"/> 音更町特定不妊治療費等補助金受診等証明書(別記第2号様式) <input type="checkbox"/> 医療機関及び薬局が発行した治療に係る領収書及び診療明細書の写し <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証又は高額療養費の支給の申請が済んでいることが分かるものの写し <input type="checkbox"/> 付加給付の金額が確認できるものの写し(該当する場合) <input type="checkbox"/> 振込先口座情報の確認できるもの(通帳又はキャッシュカード等)の写し <input type="checkbox"/> 同意書(別記第3号様式) <input type="checkbox"/> 事実婚関係に関する申立書(別記第4号様式)(該当する場合) <input type="checkbox"/> 音更町特定不妊治療通院状況確認書(別記第5号様式) <input type="checkbox"/> 特定不妊治療のために通院に要した交通費の領収書(自家用車以外)			

(裏面あり)

【振込希望口座】

- ・金融機関又はゆうちょ銀行のどちらかを選んでご記入ください。
- ・振込口座は申請者本人名義の口座に限ります。

1 ゆうちょ銀行以外の金融機関

金融機関名	銀行 金庫 信用組合 農協	店名 本店・本所 支店・支所	預金種別 普通・当座・組勘
(フリガナ) 口座名義人	()	口座番号	

2 ゆうちょ銀行（郵便局）

記号 (左詰でお書きください)	1	0	—	番号 (左詰でお書きください)	
*貯金通帳の表紙をめくった見開きページの上部に印字またはキャッシュカードに記載された記号・番号をお書きください。 (通常貯蓄貯金への振り込みはできません。)				(フリガナ) 口座名義人	()

【自己負担額計算書】

治療終了後に高額療養費制度の手続きをした場合、付加給付が支給された場合に使用してください。

	A 領収金額	B 高額療養費	C 付加給付金	D 自己負担額 (A - B - C)
1 生殖補助医療費（男性不妊治療費を除く）				
保険適用治療分	① 円	円	円	ア 円
先進医療分	② 円			イ 円
2 男性不妊治療費	③ 円	円	円	ウ 円

【計算のしかた】

A 領収金額

別記第2号様式（音更町特定不妊治療費等補助金受診等証明書）内の自己負担額（一治療分）に記載されている「保険適用治療分」「先進医療分」「男性不妊治療費」の金額を①②③にそれぞれ記入してください。

院外処方分がある場合は、①②③の該当する項目に金額を加算してください。

B 高額療養費、C 付加給付金

加入している健康保険又は組合に、高額療養費又は付加給付金の支給金額を確認し、それぞれ記入してください。

D 自己負担額

A、B、Cの記入が終わりましたら、AからBとCを差し引いた金額をD（ア、イ、ウ）に記入してください。

記入した「D 自己負担額」のアとイの合計を表面「申請額」欄の「1 特定不妊治療費」の自己負担額欄（ア+イ）に記入してください。同じくウの金額を「2 男性不妊治療費」の自己負担額欄（ウ）に記入してください。