

様式第1号（第6条関係）

木城町一般不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

木城町長 殿

申請者
住 所
氏 名
電話番号

木城町一般不妊治療費助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

申請額 円

区 分	夫（パートナー）		妻（パートナー）	
（ふりがな） 氏 名				
生年月日				
住 所 電話番号	木城町大字 (- -)		木城町大字 (- -)	
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 労金・農協		本店・支店 支所
	預金種類		口座名義人	
	口座番号			

医療機関での支払いの際に、限度額認定証を使用しましたか？
① （ はい ・ いいえ ）
↓ 「はい」の場合は②・③へ
② 適用区分（ ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ）ひと月の上限額（ 円）
③ 使用した月（4月・5月・6月・7月・8月・9月・10月・11月・12月・1月・2月・3月）

※法律上の婚姻をしていない場合は事実婚となる方の氏名を記入する。

[町記入欄]

受 給 番 号		決 定 内 容	承認 ・ 不承認
申請受理日		交付決定日	
助成の項目	助成上限額		今回交付決定額
一般不妊治療	100,000円		円
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 振込先通帳 <input type="checkbox"/> 限度額認定証		

木城町一般不妊治療に係る証明書

木城町長 殿

年 月 日

医療機関 所在地
名称
電話番号

下記の者については、不妊症と診断し、次のとおり不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名・生年月日	夫	年 月 日 (歳)
	妻	年 月 日 (歳)

治療の実施状況	人工受精	回
---------	------	---

不妊治療開始日（初診日）	年 月 日
--------------	-------

本人負担額の内訳	区分	一般不妊治療費（タイミング法・人工授精等）			
		医療点数	自己負担額	医療点数	自己負担額
		医療機関徴収分①		薬局徴収分②	
	年 4月分	点	円	点	円
	年 5月分	点	円	点	円
	年 6月分	点	円	点	円
	年 7月分	点	円	点	円
	年 8月分	点	円	点	円
	年 9月分	点	円	点	円
	年 10月分	点	円	点	円
	年 11月分	点	円	点	円
	年 12月分	点	円	点	円
	年 1月分	点	円	点	円
	年 2月分	点	円	点	円
	年 3月分	点	円	点	円
合計金額		①～②の合計額 円			

※注1 院外処方がある場合は、「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を記入してください。

※注2 文書料、食事療養費標準負担額、個室料、不妊原因検査料の費用は含めないでください。

※注3 限度額認定証を使用した月は実際に受診者が実際に支払った金額をご記入ください。

※注4 証明書に記載のない領収書は、助成金の対象外となります。

様式第3号（第6条関係）

木城町長 殿

年 月 日

夫婦の納税証明書等同意書

下記の者は、木城町一般不妊治療費助成金の交付申請にあたり、 年度の地方税関係情報及びその他必要事項に関して閲覧することに同意します。

また、木城町一般不妊治療費助成金交付要綱第3条第1項の規定により町が他の地方公共団体への同様の助成金の交付に係る情報を照会・提供すること及び医療機関へ検査内容等を照会することについて同意します。

同意書	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	木城町大字
同意書	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	木城町大字

