様式第１号（第５条関係）

年　　　月　　　日

岩泉町長　　　　　　　　　様

住　所　　岩泉町　　　　字　　　　番地

氏　名

連絡先

岩泉町不妊治療医療費助成金交付申請書

　岩泉町不妊治療医療費助成金の交付を受けたいので、岩泉町不妊治療医療費助成金交付要綱第５条第１項の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

記

１　対象者について

|  |
| --- |
| 捨印 |
|  |

（町確認欄）

|  |
| --- |
| 戸　籍 |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名  （申請者本人） |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住　　　所 | 〒  岩泉町　　　　　　　字  電話番号 | | |
| 加入医療保険 | 【種別】　国保・組合国保・健保・共済・その他（　　　　　　） | | |
| 【保険者番号】 | | |
| 【区分】　本人・被扶養者 | | |
| 治療を受けた  医療機関名 |  | | |
| 助成申請額 | 金　　　　　　　　　円  （内訳：治療費　　　　　　　　円、証明書料金　　　　　　　　円） | | |
| 年度内助成の  有無 | 年度内に岩泉町不妊治療医療費助成金を受けたことがありますか。  ない　・　ある　（助成時期　　　　年　　　月）  ※　一般不妊治療の受診等証明書作成費の助成は年度ごと１回に限る。 | | |

（裏面あり）

２　添付書類

　(１)　岩泉町不妊治療医療機関受診等証明書

　(２)　医療機関又は薬局が発行した不妊治療に要する医療費に係る領収書及び明細書の写し

　(３)　限度額認定証の写し（不妊治療実施月における申請者の医療費の自己負担限度額区分が分かる書類）

　(４)　医療費に対する保険の給付、附加給付等の額が分かる書類

　(５)　健康保険証の写し

３　同意事項

　私は、この申請に当たり次に掲げる事項に同意します。

　(１)　住民基本台帳記録を確認すること。

　(２)　申請者及び申請者と生計を同一にする者の町税等の滞納状況を公簿等により確認すること。

　(３)　保険者が行う医療給付について確認すること。

　(４)　領収書発行元医療機関に対し、助成の対象となる不妊治療及び領収書の内容について確認すること。