

大崎町長

様

申請者兼請求者 住所
氏名

大崎町不妊治療費助成事業交付申請書兼請求書

大崎町不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて以下のとおり申請及び請求します。

| | | | | | |
|------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| | | 夫 | | | 妻 |
| (フリガナ) 氏 名 | | () | | () | |
| 生 年 月 日 | | 年 月 日 | | 年 月 日 | |
| 加入 医療 保険 | 種 別 | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他 () | | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | 記号・番号 | | | | |
| | 区 分 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者 | | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者 | |
| 住 所 | | 〒 電話番号 | | | |
| 上記以外の住所 | | 〒 ※夫と妻の住所が異なる場合のみ記入 | | | |
| 婚 姻 状 況 | | <input type="checkbox"/> 法律婚 | | <input type="checkbox"/> 事実婚 | |
| 高額療養費の有無 | | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (金額 円) | | | |
| 付加給付等の有無 | | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (金額 円) | | | |
| 同 意 確 認 欄 | | <input type="checkbox"/> 助成要件の審査のため、町の担当者が住民基本台帳の情報及び納税の状況を閲覧することに同意します。また、町が他の自治体に対し申請に係る情報を照会又は提供すること及び医療機関等に対し治療内容等を照会することについて同意します。 <input type="checkbox"/> 医療費控除を受ける場合は、助成金分を除外して確定申告します。 | | | |
| 振 込 先 | 金融機関名 | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 本店(本所) <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 支店(支所) <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 出張所 | | | |
| | 種 目 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | 口座番号 | | |
| | 口座名義人(カタカナで記入) | | | | |
| 過去の助成実績 (令和4年度以降) | | <input type="radio"/> 本町で助成を受けた回数 (回) <input type="radio"/> 他の市区町村で助成を受けた回数 (市区町村・ 回) | | | |
| 交付を受けようとする助成金の申請額及び請求額 | | 円 | | | |

注 振込先の口座は、申請者兼請求者名義の口座に限る。

(町記載欄)

| | | | |
|---------|-------|----------------|-------|
| 申請受理年月日 | 年 月 日 | (交付・不交付) 決定年月日 | 年 月 日 |
| 受給者番号 | | 助成決定金額 | 円 |

添付書類

- 1 大崎町不妊治療費助成事業受診等証明書（別記第2号様式）
- 2 不妊治療に要した費用の領収書及び診療明細書
- 3 夫婦であること及び住所の確認ができる書類（住民票等）
※本町に住民登録をしている夫婦で、町の担当者が必要な情報を閲覧することに同意する場合は省略可能
- 4 町税の滞納がないことを証明する書類（納税証明書等）
※町に住民登録をしている夫婦で、町の担当者が必要な情報を閲覧することに同意する場合は省略可能
- 5 助成金の振込先の金融機関の口座の通帳等の写し
- 6 その他必要に応じ添付するもの
 - 夫婦のどちらかが町外在住の場合
 - 町外在住の方の住民票謄本
 - 夫妻の戸籍の全部事項証明書
 - 夫婦が事実婚関係の場合
 - 事実婚関係に関する申立書（第3号様式）
 - 夫妻の戸籍の全部事項証明書
 - 保険適用の不妊治療を受けた場合
 - 不妊治療を受けた方の健康保険証の写し
 - 高額療養費、付加給付等、加入している健康保険から給付がある場合
 - 当該給付額の確認ができる書類
 - 鹿児島県先進医療不妊治療費助成事業の決定を受けている場合
 - 当該決定通知書の写し