

巨理町不妊検査費助成事業申請書

関係書類を添えて次のとおり不妊検査費の助成を申請します。
また、巨理町が本申請の審査に関して関係機関に照会することに同意します。

申請者	ふりがな			昭和・平成	年	月	日生
	氏名	(夫・妻)		(歳)
	現住所	〒() 電話 ()					
配偶者	ふりがな			昭和・平成	年	月	日生
	氏名	(夫・妻)		(歳)
	現住所 ※申請者と異なる 場合のみ記入	〒() 電話 ()					
申請額		金 円 (助成上限額: 30,000円)					
巨理町長 殿							
令和 年 月 日 申請者氏名(自署) _____ (口座名義人と同じ)							
振込先	金融機関名 ※申請者の口座 を記入	銀行・金庫 組合・農協 ()		本・支店名		本店 支店 出張所	
	預金種別	普通・当座		フリガナ 口座名義人(申請者)			
	口座番号						(右詰め記入)
確認項目	該当する内容の□にレ点を記入してください。 1 婚姻関係 <input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚 (事実婚関係に関する申立書が必要です。) 2 確認項目(該当しない場合は助成の対象となりません) <input type="checkbox"/> 過去に他の地方公共団体及び本町においてこの助成を受けたことがない <input type="checkbox"/> 今回申請する検査費用について、他の地方公共団体による助成を受けていない <input type="checkbox"/> 夫と妻の両方が検査を受けた						

【添付書類・チェックリスト】

No	申請書類	<input checked="" type="checkbox"/>
1	巨理町不妊検査費助成事業に係る受診等証明書(様式第2号) ※夫婦が同じ医療機関を受診した場合は夫婦両方の受診等証明書を1枚に記載。 ※夫婦が別々の医療機関を受診した場合は妻の受診証明書のみで可	<input type="checkbox"/>
2	夫婦両方が受けた検査の領収書及び明細書原本 ※コピー後返却	<input type="checkbox"/>
3	住民票(町外の方のみ。申請日から3か月以内に発行されたもの、続柄が省略されていないもの、個人番号(マイナンバー)の記載のないもの)(コピー不可)	<input type="checkbox"/>
4	振込先の口座番号がわかる通帳またはカード(コピー提出)	<input type="checkbox"/>
5	事実婚の場合は事実婚関係に関する申立書	<input type="checkbox"/>

申請書類に不備や不足がある場合は、受付できないことがありますのでご注意ください。

※必ず裏面もご確認ください。(記入に係る注意事項について記載しています。)

《裏》

【注意事項】

助成申請(回数)は、夫婦1組につき1回限りです。助成金申請後に受診した費用は、助成期間内(夫婦のいずれか早い方の検査開始日から1年以内)でも、再度助成することはできません。

- ※1 「申請額」欄には、受診等証明書(様式第2号)の「患者負担(領収)額」と助成金上限額(30,000円)を比較し、低い額を記入してください。
ただし、夫婦が別の医療機関を受診した場合は、妻の受診等証明書(様式第2号)の「患者負担(領収)額」と夫が受けた検査の領収書の金額を合算した額と、助成金上限額(30,000円)を比較し、低い額を記入してください。
夫婦両方の検査費用を申請する場合も、本申請書は1枚に記入してください。
- ※2 助成を受ける場合は、原則として検査終了日または検査開始日から1年を経過した日のいずれか早い日から、6か月以内に申請してください。
- ※3 助成事業承認決定(不承認決定)通知書は、申請者の住所地に郵送します。

【申請書の提出先】

巨理町健康推進課 健康推進班 窓口

【問合せ先】

巨理町健康推進課 健康推進班 0223-34-0524