様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

川南町長　様

申請者　　住　　所　川南町大字

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

川南町生殖補助医療費助成金給付申請書兼請求書

川南町生殖補助医療費助成金給付要綱第５条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。なお、審査の結果、交付決定を受けたときは、以下の金額を請求します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 連絡先 | 〒□申請者と同じ　　　　　　　　　　電話　　　　（　　　　）　　　　　　　 |
| 加入医療保険（男性） | 種別：市町村国保・組合国保・健保・共済・その他（　　　　　　　　　　　　　）保険名称（　　　　　　　　　　　　　　）　保険者番号（　　　　　　　　　　）被保険者番号（　　　　　　　　　　　　　）　区分：本人・被扶養者高額療養費負担限度額（　　　　　　　　　　　　円） |
| 加入医療保険（女性） | 種別：市町村国保・組合国保・健保・共済・その他（　　　　　　　　　　　　　）保険名称（　　　　　　　　　　　　　　）　保険者番号（　　　　　　　　　　）被保険者番号（　　　　　　　　　　　　　）　区分：本人・被扶養者高額療養費負担限度額（　　　　　　　　　　　　円） |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　　　　　本店　　　　　金庫　　　　　　　　　　　　　　支店　　　　　農協　　　　　　　　　　　　　出張所　　　　 |
| 預金種別 | 普通 | （ふりがな）口座名義人（申請者と同一） | （　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 当座 |
| 口座番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | （左詰記入） |
| 過去の助成実績（都道府県、指定都市、中核市が実施する妊孕性温存療法費用助成事業を除く。） | 過去の助成金受給の有無 | １　有２　無 | 「有」の場合過去に助成を受けた自治体、時期及び助成額 | 自治体 | 時期 | 助成額（円） |
|  | 　　　年　月 |  |
|  | 　　　年　月 |  |
|  | 　　　年　月 |  |
|  | 年　月 |  |
|  | 年　月 |  |

【注意事項】連絡先は、夫婦等の住所が異なる場合に記入してください。

（表）

≪自治体記入欄≫

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 治療年月日 | 保険診療分 | 保険診療外分 | 助成金額Ａ＋Ｂ |
| 自己負担額 | 助成金算出額※１Ａ | 自己負担額 | 助成金算出額※２Ｂ |
| 年　　月 |  |  |  |  |  |
| 年　　月 |  |  |  |  |  |
| 年　　月 |  |  |  |  |  |
| 年　　月 |  |  |  |  |  |
| 年　　月 |  |  |  |  |  |
| 年　　月 |  |  |  |  |  |
| 年　　月 |  |  |  |  |  |
| 年　　月 |  |  |  |  |  |
| 年　　月 |  |  |  |  |  |
| 年　　月 |  |  |  |  |  |
| 年　　月 |  |  |  |  |  |
| 年　　月 |  |  |  |  |  |
| 受給者番号 | 生殖補助　　　年第　　号 | 決定内容 | 給付・不給付 |
| 給付申請額 | 円 | 給付決定額 | 円 |
| 住所要件確認 | □該当確認 |
| 町税完納確認 | □滞納なし　　　　　□滞納あり |
| 申請書類 | □同意書（様式第２号）　　　　□受診等証明書（様式第３号）□高額療養費負担限度額が分かるもの　　　□領収書　　　　□その他 |
| 同意書 | □記載済み | 備考 | 　 |

※１　自己負担額と高額療養費負担限度額のいずれか少ない額　×　１／２

※２　自己負担額と高額療養費負担限度額のいずれか少ない額　×　１５／１００

（裏）