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※１  Ａ | | 自己負担額 | | 助成金  算出額※２  Ｂ | | |
| 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）