

年 月 日

川南町長 様

申請者 住 所 川南町大字
氏 名
電話番号

印

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	〒						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						
	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						
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 当座	(ふりがな) 口座名義人 (申請者と同一)	()				
	口座番号						(左詰記入)	
過去の助成実績	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			

【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。

≪自治体記入欄≫

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	<input type="checkbox"/> 該当確認		
町税完納確認	<input type="checkbox"/> 滞納なし <input type="checkbox"/> 滞納あり		
申請書類	<input type="checkbox"/> 県給付決定通知書 (写) <input type="checkbox"/> 県受診等証明書 (写) <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> その他		
同意書	<input type="checkbox"/> 記載済み	備考	

(表)

川南町生殖補助医療費助成金給付申請に係る同意書

川南町長 様

男性氏名 印

女性氏名 印

(自署の場合、押印は不要です。)

私たちは、川南町生殖補助医療費助成金給付申請に当たり、下記の事項について同意します。

記

- 1 町が助成金の審査のために必要な次の事項について、閲覧又は照会をすること。
 - (1) 住民基本台帳
夫婦等のいずれかが町内に居住し、本町の住民基本台帳に現に記録された日から1年以上経過していること、並びに生殖補助医療を受けた期間及び申請日に住民であったことを確認するため。
 - (2) 戸籍
法律上の夫婦である場合に確認するため。
 - (3) 町税の納税状況
夫婦等が共に町税を完納していることを確認するため。
 - (4) 関係自治体での助成金給付状況
転入された場合又は夫婦等のいずれかが本町の住民でない場合は、関係自治体へ生殖補助医療費の助成状況等を確認するため。
 - (5) 治療内容等
必要に応じて、医療機関や調剤薬局等へ治療内容等について照会し、申請内容の確認をするため。
 - (6) 高額療養費支給有無の確認
必要に応じて、加入している健康保険組合その他の保険者へ高額療養費の支給を受けたかどうかの確認をするため。
- 2 上記の閲覧又は照会の結果、川南町生殖補助医療費助成金給付要綱に定める要件に該当しないことが確認された場合は、助成金の返還を求められること。

備考

なお、町は、それぞれの目的に限った当該個人情報の利用その他情報の取扱いには十分注意し、プライバシー保護を厳守します。

(裏)