様式第１号（第５条関係）

里庄町生殖補助医療費助成金支給申請書兼請求書

年　　月　　日

里庄町長　殿

　里庄町生殖補助医療費助成金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、審査にあたり必要な場合には、住民基本台帳等の閲覧、医療機関・健康保険者への医療費内容の照会、他自治体への助成金交付状況等の照会をおこなうことを承諾します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者 | 氏 名（自署） | フリガナ | 生年月日 | 年　　月　　日 |
|  |
| 住　所 | 電話（　　　―　　　―　　　） |
| 配偶者氏 名（自署） | フリガナ | 生年月日 | 年　　月　　日 |
|  |
| 配偶者住　所 | 電話（　　　―　　　―　　　） |
| 婚姻関係 | □法律婚　　□事実婚 |
| 申請内容 | １．里庄町以外の自治体で同一の治療期間に係る助成を受けたことがありますか。□受けたことがない２．初めて治療を開始したときの妻の年齢区分に☑をつけて、この生殖補助医療係る助成金の申請が通算何回目か〇をつけてください。□４０歳未満（ １回目・２回目・３回目・４回目・５回目・６回目 ）□４０歳以上４３歳未満　（ １回目・２回目・３回目 ）３．過去の助成回数をリセットした場合は☑をつけてください。□　リセット有 |
| 高額療養費の給付 | 今回申請する医療費について高額療養費の限度額認定証□有 　□無 |
| 付加給付 | □有（内容：　　　　　　　　　　　　　）　□無 |
| 申請金額 | 申請金額（男性不妊治療費を除く）：　　　 　　　　　　　　　円申請金額（男性不妊治療費）： 　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 振 込 先 | 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　本店金庫　　　　　　　　　　支店　農協　　　　　　　　　　出張所組合　　　　　　　　　　支所 |
| 口座種別 | 普通　　当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ口座名義人 |   |

**【添付書類等】**

□１　里庄町生殖補助医療費助成金支給事業受診証明書（様式第２号）

□２　医療機関等が発行した生殖補助医療に要した費用の領収書及びその明細書

□３　医療保険各法の被保険者であることが確認できるもの

・治療を受けた方の健康保険の資格確認証等の写し

 　・限度額適用認定区分が分かるもの（限度額適用認定証やご自身のマイナポータルから限度額適用認定区分が確認できるページの写し）

・高額療養費や付加給付金等の支給額を証明するもの（該当する場合）

□４　出産により助成回数をリセットする場合

・出産の場合：母子手帳の「出生届出済証明」のページの写し等

　　　・死産の場合：死産届の写し、母子手帳の「出産の状態」のページの写し等

□５　戸籍謄本（初めて、里庄町生殖補助医療費助成金を申請する場合）

・夫婦が法律上の婚姻関係にある場合は両人の戸籍謄本

・夫婦の一方が外国人住民である場合はいずれか一方の戸籍謄本及び事実婚

関係に関する申立書（様式第５号））

・夫婦双方が外国人住民の場合は公的機関が発行した書類

　　　・その他町長が必要と認める書類

□６ 振込先がわかるものの写し（通帳等）

※５については、申請日の前３か月以内に発行されたものの原本に限ります。