様式第１号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　月形町不妊治療費等助成申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

月形町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　関係書類を添えて次のとおり不妊治療費等の助成を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　名 | 生年月日 |
| （ふりがな）夫 | 　　　年　　月　　日生（　　歳）加入医療保険名（　　　　　　　　　　　　　）記号（　　　　　　　　）番号（　　　　　）本人　・　被扶養者 |
| （ふりがな）妻 | 　　　年　　月　　日生（　　歳）加入医療保険（　　　　　　　　　　　　　）記号（　　　　　　　　）番号（　　　　　）本人　・　被扶養者 |
| 住　　所 | 〒電話（夫携帯･妻携帯･自宅　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ◎今回の不妊治療に対し、北海道、他市町村、団体等から助成を受けていますか。　　・受けていない　　・受けている　（団体名　　　　　　　　　金額　　　　　　　円　） |
| 　　医療機関・薬局名 | 　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 所在地　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 自己負担額合計 | 　　　　　　　　　　　　円 |
| 交　　通　　費 | 　　　　　　　　　円（内訳：1,000円×　　　回） |
| 申　請　額　　計 | 　　　　　　　　　　　　円 |

|  |
| --- |
| 申請にあたり、助成の可否を決定するため、次のことに同意します。１　住民基本台帳情報等の個人情報の閲覧及び確認を行うこと。２　必要に応じて、医療機関、加入する公的医療保険の運営団体及び他の市町村に対し、この申請に関する情報を照会し、又は提供すること。　　　年　　月　　日　　　　氏名（夫）　　　　　　　　　㊞　　　氏名（妻）　　　　　　　　　㊞ |

※添付書類については裏面をご覧ください

（添付書類）

　□月形町不妊治療費助成申請に係る証明書

　□夫婦それぞれの医療保険証及び限度額適用認定証の写し

　□医療期間等で発行する、不妊治療に要した医療費の自己負担額がわかる領収書等

　□医療費の内容がわかる書類（明細書等）

　□調剤明細書及び薬剤情報提供書（薬剤が処方されている場合）の写し