

(表)

第1号様式(第6条関係)

受給者番号

輪之内町男性不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

輪之内町長 様

関係書類を添えて下記のとおり男性不妊治療費の助成を申請します。

男性不妊治療費の助成が決定された場合、下記助成決定額を請求します。

記

	(ふりがな) 氏名	生年月日
対象者	夫 ( )	年 月 日 ( 歳)
	妻 ( )	年 月 日 ( 歳)
	住所 〒	電話 ( )
	(夫と妻の住所が異なる場合は、本欄にも記入) 〒	電話 ( )
(申請者の配偶者)		
申請者氏名 _____ 印 _____ 印 (夫及び妻が自署若しくは記名押印)		
申請額 _____ 円	・治療費の本人負担額 _____ 円	(※保険外診療に限る)
(精巣又は精巣上体内精子採取術に直接要した費用で、本人負担額から 岐阜県の助成金額を控除した額のうち、1回につき5万円を限度に助成する)	・岐阜県からの助成額 _____ 円	
① 申請の適正を判断するために必要な場合は、他の自治体に対する申請(助成)に係る情報照会・提供、及び医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。		
② 助成金交付にあたり、町税の未納の有無を確認し、町税に未納がある場合には、これを充てることに同意します。		
申請者名 _____		印 _____
申請受付年月日	年 月 日	決定年月日 承認・不承認 年 月 日

注1) 太枠の中をご記入ください。

注2) 岐阜県男性不妊治療費助成事業(以下「県事業」という。)による承認決定を受けている者は、岐阜県より承認決定を受けてから6ヶ月以内に申請をしてください。県事業に係る助成期間及び回数終了した場合は、治療終了後6ヶ月以内に申請してください。

注3) 保険が適用されない精巣又は精巣上体内精子採取法(TESE,MESA)等が対象の治療となります。

(添付書類)

1. 輪之内町男性不妊治療費助成事業受診等証明書(第2号様式)又は輪之内町特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
2. 男性不妊治療を受けた医療機関発行の領収書(原本)
3. 岐阜県男性不妊治療費助成事業承認決定通知書の写し(県事業による承認決定を受けている場合)
4. 夫及び妻の住所を確認できる書類(輪之内町特定不妊治療費助成事業の助成金が生じない場合)

(裏)

以前の受給歴について以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する  
説 明 書

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1夫婦あたりの支給回数の上限が決められています。

転入された方は、以前にお住まいの自治体に、この助成金の以前の受給状況を確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。