

第1号様式(第5条関係)

輪之内町特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

輪之内町長 様

関係書類を添えて、次のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

※太枠内を記入してください。

		助成回数	回目
申請者氏名		生年月日	年 月 日
配偶者氏名		生年月日	年 月 日
申請者住所	〒503- 岐阜県安八郡輪之内町 (電話 )		
配偶者住所	※申請者と住所が異なる場合のみ記入してください。 〒 -		
今回の治療方法	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> TESE <input type="checkbox"/> MESA <input type="checkbox"/> その他 注)1		
医療機関名			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
申請額	(A)-(B)-(C) 治療費の自己負担額 _____ 円(A) 金 _____ 円 高額療養費及び付加給付金等支給額 注)2 _____ 円(B) 岐阜県からの助成額 _____ 円(C) (岐阜県特定不妊治療費助成事業の対象となる特定不妊治療に要した本人負担額のうち、岐阜県の助成金を控除した額で治療1回につき5万円を限度とする。)		
<b>同意事項</b>			
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)に係る情報の照会・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。 年 月 日			
申請者名 _____ 印			

注)1 TESE：精巣内精子生検採取法 MESA：精巣上体内精子吸引法

その他：精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術等に要する費用

注)2 治療費の自己負担額を支払った後、給付があった高額療養費及び付加給付金の金額を記入してください。  
(添付書類)

- (1) 特定不妊治療等を受けた医療機関発行の領収書の写し
- (2) 高額療養費及び付加給付金の決定額が確認できる書類の写し
- (3) 岐阜県特定不妊治療費受診等証明書の写し
- (4) 岐阜県特定不妊治療費補助金交付決定通知書の写し
- (5) 事実婚関係に関する申立書・意向確認書(第2号様式)