

第1号様式（第7条関係）

## 輪之内町一般不妊治療（人工授精）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一般不妊治療費の助成を申請します。  
また、裏面に掲げる「確認すべき事項」について、同意します。（※1）

記

対 象 者			(ふりがな) 氏 名	生年月日	
	夫		( )	年 月 日生 ( 歳)	
	妻		( )	年 月 日生 ( 歳)	
	住 所		〒 _____ 電話 ( _____ )		
	住所(※2)		〒 _____ 電話 ( _____ )		
	加入 医療 保険	夫	【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		
	妻	【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			
過去の助成実績		無 ・ 有 有る場合、( _____ )年度 助成金を受けた自治体(当町・ _____ 市)			
申 請 額		金 円	(本人負担額の1/2で、1年度上限5万円) (※3)		
(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) 一般不妊治療費補助金交付決定にあたり、裏面の確認事項について輪之内町が照会・確認することに 同意します。 申請者名 _____ 印					

&lt;輪之内町記入欄&gt;

申請受付年月日	年 月 日	決定内容	承認 ・ 不承認
決定年月日	年 月 日	受給者番号	

注) 太枠の中をご記入ください。

※1：裏面の「確認すべき事項」を必ずお読みください。

※2：単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

※3：1年度とは、3月から翌年2月までの診療分を指します。

**【 申請書類の提出について 】** 申請を行う際、以下のものをご提出ください。

**◎輪之内町一般不妊治療(人工授精)費助成事業申請書(第1号様式)**

◎申請書に添付する書類

1. 輪之内町一般不妊治療(人工授精)費助成事業受診等証明書(第2号様式)
2. 申請しようとする治療に係る領収書等の原本(原本照合した後、原本はお返します。)
3. 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明する書類
4. 夫及び妻の住所地を証明する書類

**【 確認すべき事項について 】**

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、一夫婦あたりの支給額の上限が決められています。転入された方について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照会するなど、助成金を交付するのに必要な下記の事項について、輪之内町が照会・確認させていただくことがありますので、ご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

＜確認事項＞

1. 一般不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、輪之内町が他の自治体へ照会すること。
2. 一般不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、他の自治体から輪之内町に照会があったときに、これに回答すること。
3. 輪之内町の住民であること及び一般不妊治療の申請日に住民であったこと(住民基本台帳・外国人登録原票)。
4. 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。
5. 治療状況等について医療機関及び調剤薬局等に照会すること。
6. 健康保険組合等の保険者の規約等により支給される不妊治療に関する任意の給付(付加給付金)等について、保険者へ照会すること。なお、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返還を求められることがありますのでご承知ください。