

海陽町不妊治療費等助成金支給申請書

ふりがな 申請者氏名		昭和・平成 年 月 日生（ 歳） 電話番号（ ）
ふりがな 配偶者氏名		昭和・平成 年 月 日生（ 歳） 電話番号（ ）
住所 (※1)		
住所 (※2)		
治療区分	一般不妊治療	☐ タイミング法 ☐ 人工授精 ☐ 排卵誘発法
	生殖補助医療	☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 ☐ 男性不妊治療
交付申請の額	<u>金</u> <u>円</u>	
ご加入の公的医療保険	(治療を受けた方のみ記入) 妻() 夫()	
高額療養費区分	○を付ける⇒ア、イ、ウ、エ、オ ○を付ける⇒ア、イ、ウ、エ、オ	
他自治体における 助成について	<u>次の内容を確認いただき、該当される場合には□に✓を付けてください。</u> ☐ 本申請に係る治療の費用について、他の自治体で助成を受けておらず、また、受ける予定はありません。	
私たち夫婦に関して次の確認行為等が海陽町によってなされることが同意します。(※3) ☐ 私たち夫婦の住民票情報及び私たち夫婦に課された海陽町の町税の納付状況の確認 ☐ 医療機関に対する治療内容等の照会及び加入する保険者に対する健康保険限度額適用認定区分等の照会 ☐ 海陽町以外の自治体への本申請に係る情報の照会・提供 (自署又は記名押印) 夫氏名 ⓐ 妻氏名 ⓑ		

(添付書類)

- ※3・4については、申請の日前3か月以内に発行されたものの原本に限ります。

下欄には記入しないでください。

初回治療開始 時の妻の年齢	歳	1 回目	2 回目	3 回目	4 回目	5 回目	6 回目	決定	交付・不交付
------------------	---	------	------	------	------	------	------	----	--------