

年 月 日

海陽町不育症治療費等助成事業申請書

海陽町長 殿

海陽町不育症治療費等助成事業の助成金の交付を受けたいので、海陽町不育症治療費等助成事業実施要綱（以下「要綱」という。）第 6 条の規定により、添付書類を添えて下記のとおり申請します。

私は、この申請をするに当たり、要綱第 2 条各号の全てに該当することを誓約します。本申請の審査に必要な範囲で申請内容の確認を行うことに同意します。なお、申請者と口座名義人が異なる場合は、助成金の受領を口座名義人に委任します。

	申請者	配偶者（事実婚を含む）
ふりがな 氏 名		
生 年 月 日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
住 所	〒	〒
電 話 番 号		
加 入 医 療 保 険		
高額療養費制度	☐ 加入している保険者から、高額療養費や付加給付をうけていない ☐ 加入している保険者から、高額療養費や付加給付をうけている	
過去の助成状況	☐ 今回が初めて ☐ （ ）回目・（ 年 月頃）・市町村名（ ）	
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。	
申 請 金 額	金	円
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に同意いたします。（※1） ☐ 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 ⑩ 妻氏名 ⑩		

（※1）海陽町における事務処理に当たっては、個人情報の取扱いに十分留意し、プライバシーは厳守します。
（振込口座）

金 融 機 関 名	銀行・金庫・農協		本・支店 支所
預 金 種 別	普通 ・ 当座	口 座 番 号	
口 座 名 義 人			

（※2）添付書類については、裏面の記載事項を参照してください。

(添付資料)

- 1 海陽町不育症治療費等助成事業受診等証明書（様式第 2 号）
- 2 不育症治療に係る領収書及び診療報酬明細書
- 3 院外処方薬局の発行する領収書（院外処方の場合）
- 4 海陽町において初めて申請する場合、戸籍謄本又は続柄が記載され婚姻関係を確認できる住民票の原本（次のいずれかに該当する場合は戸籍謄本の原本）
 - （1）夫婦が別世帯の場合
 - （2）夫婦が事実婚関係にある場合（両人の戸籍謄本が必要）
- 5 夫婦いずれか一方が海陽町以外の住民である場合は、当該者の住民票
- 6 夫婦が事実婚関係にある場合は、事実婚に関する申立書（様式第 5 号）
- 7 高額療養費及び附加給付を受けた場合はその額のわかる書類の写し

※4・5 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。