

阿武町不妊治療費助成申請書

阿武町長 様

令和 年 月 日

関係書類を添えて、次のとおり不妊治療費の助成を申請します。また、阿武町が本申請の審査に必要な範囲で、関係機関への情報の照会、提供及び治療内容等の照会をすることについて同意します。
なお、今回の申請に係る治療費は、他の市町の助成を受けたものではありません。

(ふりがな) 申請者 (受診者)	()	生 年 月 日	
		年 月 日 (歳)	
住 所	〒 阿武町大字 電話		
住民票の省略	☐ 不妊治療費助成事業決定のため、私 (申請者) の住所等を住民基本台帳ネットワークシステムで確認することに同意しますので、住民票の添付を省略します。		
山口県しあわせ運ぶ 妊活応援事業決定通知日	令和 年 月 日		
不妊治療費申請額	※山口県しあわせ運ぶ妊活応援事業にかかる助成決定額を引いた額が 助成対象額となります。 山口県しあわせ運ぶ妊活応援事業助成回数 _____ 回目 ①生殖補助医療費 _____ 円 (※1) ②生殖補助医療費用にかかる山口県助成額 _____ 円 (※2) ③助成申請額 (①－②) _____ 円		
助成申請額 (③)	円		
振込先 (申請者の口座)			
金融機関名	支店名	預金 種別	口座番号
銀 行 信用金庫 農 協 漁 協	支店 支所	普通 当座	フリガナ 口座名義

申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決 定 年 月 日	年 月 日
受給者番号			

※ 1 添付書類「山口県しあわせ運ぶ妊活応援事業申請書」の支払額 (生殖補助医療分) 記入
※ 2 山口県しあわせ運ぶ妊活応援事業承認決定通知書の金額を記入

<添付書類>

- ☐ 山口県しあわせ運ぶ妊活応援事業受診等証明書の写し
- ☐ 医療機関発行の領収書及び医療費明細書
- ☐ 山口県しあわせ運ぶ妊活応援事業承認決定通知書の写し
- ☐ 申請日に阿武町に住民票を有していることが確認できる書類又は「住民票の省略」に ☒
- ☐ 通帳の写し (金融機関名・支店名・口座番号・口座名義が記載されたページ)
- ☐ 申請者の世帯の納税証明書
- ☐ 高額療養費又は健康保険組合等から付加給付額等が分かる書類
(高額療養費支給決定通知書、限度額適用認定証等の写し等)