

(記入例)

受付日

宇多津町不妊治療(生殖補助医療)医療費助成申請書兼請求書

宇多津町長 殿

宇多津町不妊治療(生殖補助医療)医療費助成を受けるために関係書類を添えて申請します。決定した助成金は下記の口座に振り込んでください。

なお申請にあたり、町が助成金決定のために、住民基本台帳等の閲覧、医療機関・健康保険への医療費内容の照会、他自治体への助成金交付状況の照会・提供を行います。

申請時点ではなく、申請する治療開始時の年齢

申請者の振込口座に入金します。申請者は夫婦のどちらでも可能です。

申請者 (自署)	氏名 (フリガナ) ウタツ ユーミン 宇多津 夢明	生年月日・今回の治療開始時の年齢 〇〇〇〇年 1月 1日 (36歳) (西暦でも和暦でも可)	婚姻関係 (どちらかに✓) <input type="checkbox"/> 法律婚 <input checked="" type="checkbox"/> 事実婚 ※事実婚の場合は 申立書が必要です
配偶者 (自署)	氏名 (フリガナ) ウタツ ウーミン 宇多津 海明	生年月日・今回の治療開始時の年齢 〇〇〇〇年 2月 2日 (37歳)	
申請者住所 ・電話番号	〒(769-0292) 電話(090 - 1111 - 2222) ※できるだけ平日の昼間に連絡のつく 香川県宇多津町 1881 番地 電話番号を記入してください		
配偶者住所 ・電話番号	〒(-) 電話(090 - 3333 - 4444) <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ (申請者と異なる場合は ✓ をつけずに記入してください)		
申請内容	<p>1. 宇多津町以外の自治体で同一の治療期間にかかる助成を受けたことがありますか ※ある場合は助成を受けられません <input checked="" type="checkbox"/> 他自治体で助成を受けておらず、受ける予定 保険適用制度が始まってから助成を受けたものを記入してください (令和4年度経過措置分は除く)</p> <p>2. 令和4年4月1日以降、生殖補助医療の助成を受けた回数(令和4年度経過措置分は除く) () <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある⇒ 過去(2)回受けた 助成を受けた自治体名と回数(高松市1回、宇多津町1回)</p> <p>3. 1回目の治療開始時の妻の年齢区分に✓をつけて、今回の申請が何回目かマルをつけてください (他の自治体で受けた助成の回数も含まれます。但し、リセットした場合は過去の回数は含めないでください) <input checked="" type="checkbox"/> 40歳未満 ⇒ 1回目・2回目・3回目・4回目・5回目・6回目 <input type="checkbox"/> 40歳以上43歳未満 ⇒ 1回目・2回目・3回目</p> <p>4. 出産により過去の助成回数をリセットした場合は✓をつけて、記載してください (死産の場合は✓のみ) <input checked="" type="checkbox"/> リセット有 対象の子(名前: 宇多津な～みん)(生年月日: 2023年 1月 1日)</p>		
高額療養費 の給付	申請する不妊治療費について、高額療養費制度による支給を受けましたか ※支給を受けられるか不明な場合は加入している健康保険に確認してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 受けました⇒健康保険者の発行した支給決定通知書等の支給額のわかるものを提出 <input type="checkbox"/> 受けていません		
申請額	自己負担額が助成上限を超える場合は、上限額を記入してください。 【上限額】 ①保険診療 80,000円 + 男性不妊治療 30,000円 ※1回の治療につき、①と②を重複して申請することはできません。 ②保険外診療 100,000円 + 男性不妊治療 100,000円 <input checked="" type="checkbox"/> ①保険診療 ⇒ 金 110,000円 (うち男性不妊治療 金 30,000円) <input type="checkbox"/> ②保険外診療(自費診療) ⇒ 金 円 (うち男性不妊治療 金 円)		
①保険診療か②保険外診療かを選択して、自己負担額と上限額を比較して少ない方を申請額に記入してください。分からない場合は窓口で確認します。		※決定額は記入不要 決定額 金 円	
振込口座 ※申請者に 限る	金融機関名 〇〇銀行	支店名 〇〇支店	支店コード 種別 1 2 3 普通 当座
(フリガナ) 口座名義	ウタツ ユーミン 宇多津 夢明 ※申請者と同じです	口座 番号	1 2 3 4 5 6 7

※裏面もご確認ください(添付書類一覧)

町確認欄 (記入しないでください)

初回治療開始 時の妻の年齢	歳	助成回数	初回・()回目	回数リセット	有・無	決定日	交付・不交付
------------------	---	------	----------	--------	-----	-----	--------

添付書類に漏れないか
確認して提出してください

【添付書類】

- ☑ 1. 宇多津町不妊治療(生殖補助医療)医療費助成受診等証明書(医療機関が記入したもの) (様式2または様式3)
- ☑ 2. 医療機関が発行する領収書と明細書(原本)
- ☑ 3. 申請者名義の振込口座の通帳等のコピー
(金融機関、支店、口座番号、名義人がわかる箇所。電子通帳のスクリーンショットの画面コピー(紙)も可)
- ☑ 4. 夫婦の婚姻関係を確認する書類
 - (1)夫婦(法律婚)の場合
 - ・夫婦同一世帯のとき … 住民票(続柄の記載のあるもの)
 - ・夫婦別世帯のとき … 夫及び妻の住民票・戸籍謄本
 - (2)事実婚の場合 ・両人の戸籍謄本、住民票、事実婚関係に関する申立書(様式4)
- ☑ 5. 町税の滞納がないことの証明書 (町役場税務課にて取得できます)
- ☑ 6. 『保険診療』の場合 … ①限度額適用認定証(または高額療養費支給決定通知書)のコピー
②健康保険証のコピー
- ☑ 7. 出産等で助成回数をリセットする場合に必要な書類
 - (1)出産の場合 … 戸籍謄本または母子健康手帳の「出生届出済証明」のページのコピー
 - (2)12週以降の死産の場合 … 死産届のコピーまたは母子健康手帳の「出産の状態」のページのコピー