

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・提供を行うことに同意します。

申請者 (自署)	氏名 (フリガナ)	生年月日・今回の治療開始時の年齢 年 月 日( 歳)	婚姻関係 <input type="checkbox"/> 法律婚 <input 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)	生年月日・今回の治療開始時の年齢 年 月 日( 歳)	
申請者住所 ・電話番号	〒(    -    ) 電話(    -    -    )		
配偶者住所 ・電話番号	〒(    -    ) 電話(    -    -    ) <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
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 type="checkbox"/> 他自治体で助成を受けておらず、受ける予定もありません</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ことがありますか(他の自治体で受けた助成の回数も含みます) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある⇒ 過去(    )回受けた 助成を受けた自治体名と回数(    )</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みます。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 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 type="checkbox"/> リセット有 対象の子(名前:    )(生年月日:    年    月    日)</p>		
高額療養費 の給付	<p>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 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方のものを提出 <input type="checkbox"/> 受けていません</p>		
申請額	<p>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</p> <p><input type="checkbox"/> ①保険診療 ⇒ 金                    円 (うち男性不妊治療 金                    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)</p> <p style="text-align: right;">※決定額は記入不要 <b>決定額 金                    円</b></p>		
振込口座 ※申請者 に限る	金融機関名 (フリガナ) 口座名義	支店名 口座 番号	支店コード 種別 普通・当座

※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】

- 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

6. 『保険診療』の場合

- ① 健康保険証のコピー
- ② 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

※マイナンバーを利用して高額療養費の申請をされた方(認定証等を交付されていない方)は、窓口にてご自身の『マイナポータルアプリ』から限度額適用区分を確認します。事前にマイナンバーカードの健康保険証利用登録(マイナポータルアプリのインストール)を済ませておいてください。確認時(ログイン時)にはマイナンバーカードと暗証番号(4ケタ)が必要です。

※町記入欄

限度額適用区分	
---------	--

- 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