

注意事項をご確認のうえ、記入してください。

様式1

大治町一般不妊治療費補助金交付申請書

令和 年 月 日

大 治 町 長 殿

申 請 者  
住 所 大治町大字  
氏 名  
(口座名義人と同一)  
電話番号 ( )

印

スタンプ式を除く

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費補助金交付を申請します。

記

対 象 者		(ふりがな) 氏 名	生年月日
	夫	( )	年 月 日生 ( 歳)
	妻	( )	年 月 日生 ( 歳)
	住所(※1)	〒 -	電話 ( )
	住所(※2)	〒 -	電話 ( )
	加入医療保険 (夫)	【種別】市町村国保・組回国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者	
	加入医療保険 (妻)	【種別】市町村国保・組回国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者	
申 請 額	金	円	

過去にこの補助金を受けたことがありますか。

ない ・ ある → 過去 ( ) 回受けた。 ( ) 年 ( ) 月頃  
補助金を受けた自治体は ( 市町村 ・ その他( ) )

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号			

注) 太枠の中をご記入ください。

※1：夫婦の住所を記入する。

※2：単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等に記入する。

(添付書類) 1. 一般不妊治療費補助金交付受診等証明書、領収書

2. 法律上の婚姻をしている夫婦であること、または、事実婚関係であることを証明できる書類

3. 住所地を証明する書類

◎ 申請の際に、印鑑・健康保険証・通帳をお持ちください。

注  
意  
事  
項

## 大治町一般不妊治療費補助金交付に関する同意書

令和 年 月 日

大 治 町 長 殿

夫・妻それぞれ自筆で記入  
印鑑も別のもので押印して  
ください  
(スタンプ式を除く)

対 象 者	
本 籍 地	
住 所	大治町大字
夫 氏 名	印
妻 氏 名	印

私たちは、大治町一般不妊治療費補助金交付に係る下記の事項について同意します。  
記

### 補助金交付の審査のために必要な次の事項の閲覧することに関する説明書

補助金を交付するのに必要な要件を確認するため、次の事項について閲覧します。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

- 1 住民基本台帳…(本市町村内に住所を有することを確認します。)
- 2 戸籍…(法律上の御夫婦であることを確認します。)

---

### 以前の補助歴について以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する説明書

この補助金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1夫婦あたりの補助額の上限が定められています。

県内の他市町村から転入された方は、以前にお住まいの自治体へ、また、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等にあっても、この補助金の受給状況を確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

---

### 高額療養費支給に関する説明書

加入されている健康保険組合等によっては、独自に医療費を助成する制度がある場合がありますので、加入されている健康保険組合等の保険者へ確認することがあります。また、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、補助金の返還を求められることがありますのでご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

医療機関で証明してもらってください。

**大治町一般不妊治療費補助金交付受診等証明書**

下記の者については、次のとおり人工授精を実施し、これに係る医療費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地  
主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)
人工授精の 実施状況		人工授精開始年月日		年 月 日
		人工授精回数		回
本人負担額の内 訳	区分	実費負担額		
		医療機関徴収分①	薬局徴収分②	
	年 3月分			
	年 4月分			
	年 5月分			
	年 6月分			
	年 7月分			
	年 8月分			
	年 9月分			
	年 10月分			
	年 11月分			
	年 12月分			
	年 1月分			
	年 2月分			
〔今回の治療にかかった金額合計〕				
領収金額		円（上記本人負担額①～②の合計額となります。）		

- 注 1 当該患者に関して行った人工授精に係るもののみご記入ください。
- 2 院外処方の有無が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- 3 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。

申請書と同じ申請者・振込先を記入してください。

様式6

令和 年 月 日

大 治 町 長 殿

住 所  
申請者  
氏 名 印

大治町一般不妊治療費補助金請求書  
大治町一般不妊治療費補助金を下記のとおり交付してください。

記

- 1 補助金請求額 円  
2 補助金振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 農協 店
預金種別	普通 ・ 当座
口座番号	
口座名義人	ふりがな

※ 口座名義人については、申請者本人の名義

事実婚関係にある方のみご記入してください。

事実婚関係に関する申立書

令和 年 月 日

下記二名については、事実婚関係にあります。

- ① 不妊に悩む方への一般治療支援事業申請者の住所、氏名

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

- ② 不妊に悩む方への一般治療支援医業申請者の住所、氏名

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

※別世帯になっている理由

(①と②が別世帯となっている場合には記入)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_