

様式第 1 号（第 5 条関係）

横瀬町不妊・不育治療費助成金交付申請書

年 月 日

横瀬町長 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号

㊟

横瀬町不妊・不育治療費助成金の交付を受けたいので、横瀬町不妊・不育治療費助成金交付要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

申請の種類	以下のいずれかにチェック <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 不妊治療 <input type="checkbox"/> 不育治療			
	氏名	生年月日	婚姻年月	加入医療保険
夫		年 月 日	年 月	
妻		年 月 日		
交付を受けようとする助成金の申請額	円			
助成金の額は、医師の証明する治療期間ごとの不妊・不育治療に要した医療費の自己負担額の 2 分の 1 を乗じた額（100 円未満の端数が生じたときは、これを切り上げた額）とし、当該額が 10 万円を上回るときは、10 万円を上限とする。				
※助成金交付決定額	円			

- ※添付するもの
- ・不妊・不育治療医師証明書
 - ・上記負担額の医療機関発行の領収書（原本）
 - ・投薬があった場合は薬剤内訳証明書に調剤薬局が発行する領収書（原本）を添付して、同時に提出してください。

（注）

- 1 ※印欄は記入しないでください。
- 2 申請は医師の証明する治療終了日から 1 年以内に行ってください。
- 3 申請に、健康保険証及び印鑑をお持ちください。
- 4 その他町長が必要と認める書類をご提出いただく場合があります。

同 意 書

横瀬町不妊・不育治療費助成金の額算定のため、住民基本台帳及び納税状況の確認、並びに必要なに応じ医療機関・調剤薬局又は保険者への問い合わせを、横瀬町が行うことに同意します。

夫氏名 ㊟

妻氏名 ㊟