

上川町不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

上川町長 様

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。

申請者	(フリガナ) 氏名	()	生年月日	年 月 日 (歳)
			健康保険	国保・協会けんぽ・共済・他
配偶者	(フリガナ) 氏名	()	続柄	生年月日 年 月 日 (歳)
			健康保険	国保・協会けんぽ・共済・他
申請者の住所		〒 電話		
配偶者の住所 ※申請者と住所が異なる場合に記入		〒 電話		
治療の対象となる子		第1子 ・ 第2子 ・ 第3子以降		
申請額	_____円 (1+2+3-4)		・以下の1~4は医療保険各法の適用となる治療及び調剤が対象 1. 一般不妊治療本人負担分 金 _____円 2. 生殖補助医療本人負担分 金 _____円 3. 生殖補助医療(男性)本人負担分 金 _____円 4. 高額療養費・付加給付支給額 金 _____円	
振込先	銀行 金庫 農協	本店 支店 支所	口座番号 普通 当座	口座名義 フリガナ 氏名
	同意書			
私たちは、上川町不妊治療費助成事業の交付要件確認のため、上川町長が住民基本台帳及び町税の納付状況等の個人情報を見直し確認することを承諾します。また、必要に応じて、他の市町村やかかりつけ医、加入する健康保険者に対し、この申請に関する情報を照会し、または提供することに同意します。				
氏名 申請者(自署)		配偶者(自署)		

※上川町記入欄	
<input type="checkbox"/> 一般不妊治療	今年度既交付額 () 円
<input type="checkbox"/> 生殖補助医療	今回の治療対象となる妊娠に係る通算回数 (回目) 今回の初回申請: 年 月、治療開始時の妻の年齢 (歳)
助成の可否	承認 ・ 不承認 (理由)

◎裏面に「助成対象となる方の要件」「申請に必要なもの」を記載しています。必ずお読み下さい。

【助成対象となる方の要件】

次の1～3の要件をすべて満たす夫婦（事実婚関係にある夫婦を含む）が対象となります。

- 1 不妊治療が行われた日及び助成金の申請を行う日に、夫婦のいずれかが上川町に住所を有する者であること。
- 2 助成金の申請を行う日において、夫婦のいずれも町税及び使用料等の滞納がないこと。
- 3 助成を受けようとする治療について、他の市町村から同様の助成を受けておらず、今後も受ける見込のない者であること。

【助成金の対象となる治療及びその額】

助成金の対象となる治療は、医療保険各法の適用となった不妊治療で、上川町に住所を有することとなった日以降に医療機関に支払われた自己負担分であり、内容は以下のとおりです。

- 1 一般不妊治療の助成金は、対象者が不妊治療を受けた日の属する年度ごとの治療費に対して、1年度あたり5万円を限度とする。ただし、限度額内であれば助成回数に制限はない。
- 2 対象者の生殖補助医療の助成金は、1回につき15万円を限度とする。
- 3 生殖補助医療のうち男性不妊治療の助成金は、上記のほか1回の治療費につき15万円を限度とする。
- 4 他の法律等による給付がある場合は、その額を控除するものとする。
- 5 文書料、入院時における差額ベッド代及び食事代、出産（流産、死産等を含む。）に係る費用は助成対象外とする。

【申請に必要なもの】

- 1 上川町不妊治療費助成事業申請書（様式第1号）
- 2 不妊治療費等に要した費用の領収書及び明細書
- 3 上川町不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）、医療機関の処方箋により不妊治療に係る調剤を受けた場合は上川町不妊治療費助成事業薬剤内訳証明書（様式第3号）
- 4 治療に係る高額療養費又は付加給付の支給を受けることができる場合は、支給額が確認できる書類（保険者から交付される支給決定通知書等）
- 5 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類（住民基本台帳で確認ができる場合は不要）
- 6 事実婚関係にある夫婦は、事実婚関係に関する申立書（様式第4号）
- 7 健康保険証（夫婦ともに提示して下さい。）

※郵送の方は、健康保険証（夫婦2人分）の写しを同封してください。