

高根沢町不妊治療費助成申請書

年 月 日

高根沢町長 様

(妻)

(夫)

※必ず本人が自署してください。

関係書類を添えて、不妊治療費の助成を申請します。

項目	ふりがな 氏名	生年月日	住民となった日	加入医療保険名
対象者	妻	年 月 日	年 月 日	
	夫	年 月 日	年 月 日	
	住所	TEL		
	(住所)	※夫婦の住所が異なる場合に記入 TEL		
婚姻年月日	年 月 日 ※事実婚の場合は空欄			
領収書の合計金額 (保険適用外医療費)	円			
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
健康保険組合等 からの助成の有無	有 ( 円 ) ・ 無			
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	ふりがな			
	口座名義人			

※1 申請にあたっては、対象者・提出書類等について、裏面のチェックシートでご確認ください。

※2 添付書類は、裏面の「2 提出書類等のチェック」の②以降のものをご用意ください。  
ただし、下欄の同意により添付書類を省略(代用)できる場合がありますので、裏面をご確認ください。

同意欄	高根沢町不妊治療費助成申請書(本書)の審査にあたり、次について確認・照会することに同意します。 (※必ず本人が自署してください。同意できないものは=で抹消してください。)	
	(妻)	(夫)
	1	私の戸籍の内容
	2	私の住民基本台帳
	3	私の町税の納付状況
	4	私の国民健康保険加入状況
	5	私の医療機関での治療の内容
	6	私の市町村助成制度の受給状況
7	私の加入する医療保険からの助成金等の受給状況	

# 高根沢町不妊治療費助成申請チェックシート

\*チェック欄の該当に○印を付けて確認してください。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ (妻)  
 \_\_\_\_\_ (夫)

## 1 対象者のチェック

項目	チェック欄
(1) 不妊治療は、医療機関の医師によるものですか？	はい ・ いいえ
(2) 不妊治療受診時は、法律上の婚姻関係にあるか、又は事実婚関係にありましたか？	はい ・ いいえ
(3) 申請日現在、夫婦の一方又は双方が高根沢町の住民基本台帳に記録されていますか？	はい ・ いいえ
(4) 申請日現在、高根沢町が課税する税金に滞納はありませんか？	はい ・ いいえ
(5) 国民健康保険や社会保険などの健康保険に加入していますか？	はい ・ いいえ

→すべて「はい」であることが必要です。

## 2 提出書類等のチェック

チェック欄	書類等の名称	要件	書類の代用
有 ・ 無	①高根沢町不妊治療費助成申請書	コピ-不可。	
有・無・別添	②高根沢町不妊治療費助成事業受診等証明書	(指定) 医療機関の医師による証明。コピ-不可。	
有 ・ 無	③不妊治療費の領収書	コピ-可。提出時に担当者がコピ-することも可。	
有・無 別添・同意	④戸籍謄本又は全部事項証明書等 ※事実婚の場合は、事実婚関係に関する申立書と夫婦それぞれの戸籍謄本又は全部事項証明書等	コピ-不可。申請日前3か月以内発行のもの。	申請書の同意欄に記載していただくことで不要になります。
有・無 別添・同意	⑤世帯全員の住民票(本籍・続柄の記載があるもの)	コピ-不可。申請日前3か月以内発行のもの。	申請書の同意欄に記載していただくことで不要になります。
有・無・同意	⑥申請日現在の納税証明書(高根沢町課税のもの)	コピ-不可。	申請書の同意欄に記載していただくことで不要になります。
有 ・ 無	⑦健康保険証の写しまたは資格確認書 (マイナ保険証の場合) 資格情報のお知らせ	提出時に担当者がコピ-することも可。	

↑「有」、または「別添」や「同意」であることが必要です。(別添、同意については下記のとおりです。)

有 ・ 無	健康保険組合からの助成金の支給決定通知書等	コピ-可。提出時に担当者がコピ-することも可。	
-------	-----------------------	-------------------------	--

↑健康保険組合等からの助成金等が支給された場合には「有」を、これ以外は「無」に○を付けてください。