

高根沢町不妊治療費助成申請必要書類等一覧

◎…必ず必要です

○…対象(選択)であれば必要です

△…ご家庭の住民基本台帳等について、こどもみらい課職員が確認・照会することに同意していただければ不要です
(下記①高根沢町不妊治療費助成申請書に同意欄がありますのでご確認ください)

*…不要です

★…そのご家庭の申請状況によって異なりますので、こどもみらい課(675-6466)にお問い合わせください

| 書類等の名称 | 体外受精または顕微授精のみ | | 体外受精または顕微授精と そのほかの健康保険適用外不妊治療 | | 体外受精・顕微授精以外の健康 保険適用外不妊治療のみ |
|----------------------------|--|--------------|--|--------------|-------------------------------|
| | 申請者の区分 | | 申請者の区分 | | 申請者の区分 |
| | 申請の 順序 | 申請の 順序 | 申請の 順序 | 申請の 順序 | 申請の 順序 |
| | 県の助成を受けられる方で 診療費が県上限額 を超える方 | 県の助成が受けられない方 | 県の助成を受けられる方で 診療費が県上限額 を超える方 | 県の助成が受けられない方 | 町助成制度のみ該当 |
| | 県助成制度利用後に 町助成金申請 | 町助成金申請 | 県助成制度利用後に 町助成金申請 | 町助成金申請 | 町助成金申請 |
| ①高根沢町不妊治療費助成申請書 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| ②高根沢町不妊治療費助成事業受診等証明書 | * | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| ③不妊治療費の領収書 | ◎ 県助成上限額を超えた 診療費の額を確認 (領収書原本) | ◎ | ◎ 県助成上限額を超えた 診療費の額を確認 (領収書原本) | ◎ | ◎ |
| ④戸籍謄本又は全部事項証明書等 | * | ★ | * | ★ | ★ |
| ⑤世帯全員の住民票(本籍・続柄の記載があるもの) | * | △ | * | △ | △ |
| ⑥申請日現在の納税証明書(高根沢町課税のもの) | △ | △ | △ | △ | △ |
| ⑦健康保険証の写し | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 栃木県不妊に悩む方への特定治療支援事業助成決定通知書 | ◎ | * | ◎ | * | * |
| 申請書の同意欄署名(④、⑤、⑥の代用) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 健康保険組合等からの助成金の支給決定通知書等 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |