

## 高根沢町不妊治療費助成申請必要書類等一覧

※県助成金上限額(7万5千円又は15万円)は平成25年度現在の額です。  
治療1回につき7万5千円又は15万円まで、1年度目は年度3回、2年度目以降は、年度2回を限度(通算10回まで)

- ◎…必ず必要です
  - …対象(選択)であれば必要です
  - △…申請書の同意欄記名押印で代用することができます(代用の場合は提出は不要です)
  - \*…不要です
- (注)「◎(△)」は、「必ず必要ですが、申請書の同意欄記名押印で代用することができる」ことを表しています。

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		
	申請の順序				
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	◎ 県助成限度額を超えた 診療費の額を確認	◎	◎ 県助成限度額を超えた 診療費の額を確認	◎	◎
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	◎	◎	◎	◎	◎
栃木県特定不妊治療費助成承認通知書	◎	*	◎	*	*
申請書の同意欄記名押印(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	○	○	○	○	○