

高根沢町不妊治療費助成申請書

年 月 日

高根沢町長

様

(妻) _____ (印)

(夫) _____ (印)

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)	※夫の単身赴任等で、夫婦の住所が異なる場合に記入してください。			TEL
婚姻年月日	年 月 日				
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				
国・県からの 助成の有無	有 (円) ・ 無				
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。 (同意できないものは=で抹消してください。)			
	(妻)	(印)	(夫)	(印)
	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 私の栃木県(他都道府県・指定都市・中核市を含む)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、病院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、日本又は外国における法律上の婚姻関係にありましたか？	はい・いいえ
(3) 申請日現在、高根沢町に住民登録をしていますか？	はい・いいえ
(4) 申請日現在、高根沢町が課税する税金に未納はありませんか？	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」である必要があります。

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	
			県助成金受給者の方	県助成制度対象外の方・町助成制度のみ対象の方
有・無	①高根沢町不妊治療費助成申請書	コピー不可。		
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。コピー不可。	体外受精・顕微授精のみの場合は、下記④⑤に準じることができます。	
有・無	③不妊治療費の領収書	コピー可。提出時に担当者がコピーすることも可。		
有・無 別添・同意	④戸籍謄本又は全部事項証明書等	コピー不可。申請日前3か月以内発行のもの。	「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」(写し可)を提出いただくことで不要になります。(下記※1参照)	本籍が高根沢町にあれば、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。(下記※2参照) 本籍が高根沢町以外の場合には、原本を提出してください。
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)	コピー不可。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。(下記※1参照)	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。(下記※2参照)
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)	コピー不可。	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。(下記※2参照)	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。(下記※2参照)
有・無	⑦健康保険証の写し	提出時に担当者がコピーすることも可。		

↑「有」、または「別添」や「同意」である必要があります。(別添、同意については下記のとおりです。)

有・無	※1 別添 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	コピー可。提出時に担当者がコピーすることも可。	④、⑤の代用	
有・無	※2 同意 申請書の同意欄記名押印		⑥の代用	④、⑤、⑥の代用

↑上記で「別添」または「同意」に○が付いた場合には、※1、※2の両方またはいずれかが「有」である必要があります。

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

↑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。