別記第１号様式（第６条関係）

年　　月　　日

みなべ町生殖補助医療先進医療費助成申請書

下記について確認・同意の上、みなべ町生殖補助医療先進医療費の助成を申請します。
〇この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、確認を行うことに同意します。
〇以下の場合は本町からの助成金の支給対象になりません。また本町からの助成金の給付後にそのことが判明した場合等は、支給済みの助成金を返還することに同意します。
・本申請分の医療費について、和歌山県以外の自治体から費用の助成を受けている場合
・申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合

区分		(ふりがな) 氏名	生年月日
対象者	申請者	（　　　　　　　　）	昭和 年　月　日（　　歳） 平成
	配偶者	（　　　　　　　　）	昭和 年　月　日（　　歳） 平成
	婚姻関係　☐法律婚　☐事実婚		
	申請者住所	〒（　　　-　　　）　電話	
	配偶者住所 （※申請者と異なる場合のみ記入）	〒（　　　-　　　）　電話	
過去にこの助成金を受けたことがありますか ☐　ない ☐　ある　→　☐みなべ町での助成歴　通算（　　　）回 通算助成回数は、保険診療として実施される治療の回数に準じます。 一連の治療を分けて申請することはできません。			
今回の治療が２人目以降の不妊治療の場合、過去の助成回数のリセットを希望しますか ☐　はい　→　出生日　又は死産日（　　　年　　　月　　　日　） ☐　いいえ			
治療費支払額 ①		保険診療による治療　円	
		保険診療と併用した先進医療　円	
和歌山県生殖補助医療先進医療費助成額 ②		円	
高額療養費払い戻し額 ③		円	
申請額　①－②－③		円	
申請者 氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿． 申請額　金＿＿＿＿＿＿＿円 年　　月　　日 みなべ町長　　様			
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座　(フリガナ) 口座名義人	（　　　　　　　）
	口座番号		左詰

（添付書類）
(1)　みなべ町生殖補助医療先進医療費助成事業受診等証明書(医療機関が記載)
(2)　和歌山県生殖補助医療先進医療費助成事業受診等証明書の写し
(3)　和歌山県生殖補助医療先進医療費助成事業助成金交付決定通知書の写し
(4)　戸籍上の夫婦であることを証明する書類（戸籍謄本）の写し
(5)　夫婦の住所を確認できる書類（住民票）の写し
(6)　医療機関が発行する生殖補助医療に要した費用に係る領収書
(7)　医療機関が発行する先進医療に要した費用に係る領収書の写し
(8)　妊娠１２週以降に死産に至った場合に助成を受けることができる回数のリセットをする場合にあっては、死産届等
(9)　高額療養費限度額適用認定証、給付通知書等の写し（該当する方）
(10)　事実婚関係にあることを申し立てる場合は、事実婚関係に関する申立書（別記第３号様式）
(11)　その他町長が必要と認める書類