

広陵町不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

広陵町長 殿

広陵町不育症治療費助成事業実施要綱第7条第1項の規定により、次のとおり申請及び請求します。

請求額 金 円

- (注) 1 上記の請求額及び太枠の中を記入してください。
 2 年度内に受けた検査・治療の助成申請期限はその年度の末日までです。
 3 申請者又はその配偶者（パートナー）以外が申請する場合は、裏面「委任状」が必要です。

申 請 者	ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏名			
	住所	電話番号 ()		
(配 偶 者 (パ ー ト ナ ー)	ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏名			
	住所	電話番号 ()		
(申請者と異なる場合)				

- ・当該年度に広陵町以外の市町村で、不育症治療費の助成を受けていますか？
あり・なし（市町村名：)
- ・今まで広陵町で不育症治療の助成を受けたことがありますか？ あり・なし
- ・夫婦のいずれにも町税の滞納がありませんか？ あり・なし
- ・申請した医療費に高額療養費や付加給付金の給付対象となる医療費は含まれますか？ はい・いいえ
「はい」の場合はどちらかに○をして金額を記入してください。（高額療養費・付加給付費： 円）

助成金の交付を決定した時は、次の口座へ振り込んでください。

振 込 先	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協				本店 支店・出張所
	預金種別	普通・当座 貯蓄	フリガナ 口座名義人（申請者）			
	口座番号					(左詰で記入)

【誓約・同意事項】 ※該当する□に☑を記入してください。必ず、申請者と配偶者（パートナー）の自筆で記入してください。

- この申請書の記載内容は、事実と相違ありません。
- 申請に係る審査のために必要があるときは、私及び配偶者（パートナー）の住民基本台帳及び町税の納付状況に関する情報を本町が閲覧することに同意します。
- 申請に係る審査に際して、本町が関係機関（地方自治体、医療機関、ご加入の健康保険組合など）に対して、申請内容（助成の有無、治療内容や費用など）について確認することに同意します。
- この申請者に添付した「広陵町不育症治療医療機関受診等証明書」及び「領収書又は支払額等が確認できる書類の原本及び診療明細書の原本」に記載された金額に誤りがあった場合は、町長が交付を受けた者に対して助成金の返還を命じることがある事を承知しています。また、町長から返還命令があった場合は、交付された助成金を町長が指定する口座に速やかに返還することに同意します。
- 事実婚の場合は、本事業助成で出生した子について認知を行う意向であることを誓約します。

申請者

配偶者(パートナー)

※市町村使用欄

申請受付日	年 月 日	支給決定日 承認・不承認	年 月 日
助成額	円		

(裏面をご覧ください)

【添付書類】（該当する□に☑していきください。）

- 住民票の写し ※本町において内容が確認出来る場合は省略可
- 広陵町不育症治療医療機関受診等証明書（第2号様式） ※医療機関記入
- 不育症治療を受けたことが分かる領収書の原本又は支払額等が確認できる書類の原本及び診療明細書の原本
- 対象者の医療保険各法に基づく被保険者等であることが分かる証明書の写し、資格確認書の写し、マイナポータルの健康保険証等の情報を印字装置により出力したもの等
- 限度額適用認定証の写し若しくは限度額適用認定の区分が確認できる資格確認書の写し又はマイナポータルの健康保険証等の情報を印字装置により出力したもの等で限度額適用認定の区分が確認できるもの
- 一部負担金払戻金や家族療養費付加金等が支給されている場合は、その金額が分かる通知
※一部負担金払戻金や家族療養費付加金については、名称や制度内容も各保険者により異なるため、申請前に加入の健康保険組合等にお問い合わせください。
- 対象者の町税の完納を証明する書類 ※本町において内容が確認出来る場合は省略可
- 振込口座の通帳等の写し
- その他必要書類

委任状

広陵町長 殿

委任者（申請者又は配偶者（パートナー）） 氏名 _____（署名又は記名押印）

住所 _____

私は、下記の者を代理人と定め、広陵町不育症治療費助成事業実施要綱に基づく助成金の申請その他助成金の交付手続及び助成金の受領にかかる権限を委任します。

代理人（受任者）氏名 _____

委任者との関係（続柄） _____