

様式第7号（第7条関係）

吉岡町不妊治療費等助成金交付申請書兼請求書（不育症治療）

吉岡町長様

吉岡町不妊治療費等助成金の交付に必要な事項として、1. 私及び私の属する世帯の町税の納入状況を閲覧すること、2. 住民基本台帳を閲覧すること、3. 群馬県の不育症検査費用助成事業又は特定医療費（指定難病）の申請状況又は受給状況について確認することに同意します。

申請日		年 月 日		申請回数： 初回 / 回目							
申請者	夫			生 年 月 日	年 月 日生						
	妻				年 月 日生						
	住所	(〒 -) 吉岡町大字			電話番号						
県の不育症検査費用助成事業助成金受給			有・無		不育症治療対象児			第 子			
県の特定医療費（指定難病）の受給			有・無								
不妊治療費等総額			円			治療に要した負担額の合計 (医療機関受診証明書と同額記入) ①					
県の不育症検査費用助成事業助成金額			円			②					
県の特定医療費（指定難病）の受給金額			円			③					
吉岡町不妊治療費等助成金交付申請額			円 (こちらは記入しないでください。)			①－(②+③) ÷ 2 1, 0 0 0 円未満切り捨て					
助成上限額		不育治療 3 0, 0 0 0 円									
振込先	ふりがな										
	口座名義人	※申請者本人の口座に限る。									
	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協			支店名		本店・支店 出張所				
	口座種別	普通・当座		口座番号							

- | | | |
|-------|---|--|
| 添付書類等 | 1 | 吉岡町不育治療費等助成事業医療機関受診証明書(不育治療)(様式第8号) |
| | 2 | 不妊治療等を受けた医療機関等の領収書及び明細書又はそれらの写し |
| | 3 | 群馬県不育症検査費用助成事業承認決定を証する書類又は誓約書(様式第9号) |
| | 4 | 群馬県が実施する特定医療費(指定難病)の受給金額を確認できる預金通帳の写し等 |
| | 5 | 振込先金融機関の預金通帳の写し |
| | 6 | 吉岡町の住民基本台帳に記載がない場合は、戸籍謄本 ※発行日は3月以内 |
| | 7 | 吉岡町の住民基本台帳に記載がない場合は、町税等の納税証明書、完納証明書又は非課税証明書 |
| | 8 | 助成対象回数を更新しようとする場合は、住民票、戸籍謄本、母子健康手帳の「出産の状態」の項目等 |

町処理欄	受付年月日	年 月 日		申請	回目
	決定年月日	年 月 日		決定事項	不交付・交付(円)
			種類	確認の方法	
	被保険者等 であること の確認	夫	国保 ・ 社保 ・ 共済 その他()	電子資格確認等 ・ 資格確認書等による確認 その他()	
		妻	国保 ・ 社保 ・ 共済 その他()	電子資格確認等 ・ 資格確認書等による確認 その他()	