年　　月　　日

高森町長　様

高森町特定不妊治療費助成事業（保険適用への円滑な移行支援分）申請書

関係書類を添えて高森町特定不妊治療費助成事業（保険適用への円滑な移行支援分）の助成を申請します。なお、住民基本台帳に記録又は記載されている内容及び町税等の納付状況を閲覧すること並びに医療機関に検査内容を確認することについて同意します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 生年月日 | 高森町に住み始めた日 | 加入保険（該当するところに○をする） |
| 申請者　氏名 |
|  | 年　月　日生　　　歳　　　　　　　 | 年 　月 　日 | 国保・健保・船員・共済・その他（　　） |
| 夫　　　　　　　　　 　㊞ |
|  | 年　月　日生　　　歳　　　　　　　 | 　　年　 月　 日　　　 | 国保・健保・船員・共済・その他（　　） |
| 妻　　　　　　　　　 　㊞ |
| 住所 | 〒（399-　　　　）高森町 |
| 電話連絡先 |  |
| 今回の治療期間 | 年　　　月　　　日　　～　　　　　年　　　月　　　日 |
| 助成対象額 | 　　　　　　　　　　　　　円 | 長野県特定治療支援事業で助成対象となった特定不妊治療に要した負担額の合計額 |
| 県助成交付金 | 　　　　　　　　　　　　　円 | 長野県特定治療支援事業交付決定通知書に記載のある金額 |
| 助成金申請額 | 　　　　　　　　　　　　　円 | 助成対象額より県助成交付金を除く額の２分の１の額（円未満は切捨て）※10万円を上限とする |
| 添付書類 | １.長野県特定治療支援事業要綱に基づく交付決定通知書 ２.医療機関が発行する特定不妊治療の費用に係る領収書、明細書３.医療保険被保険者証の写し |

町処理欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受理日 | 　　年　　月　　日 | 税金関係 | 滞納（ 無 ・ 有 ）　年　 月　 日 確認者：　 |
| 受付番号 |  | 住民登録 | 夫□　　妻□ |
| 交付(不交付)決定日 | 交付 ・ 不交付　年　　月　　日 | 交付決定額 | 円 |