

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

高森町長 様

申込者  
住所 高森町  
氏名  
(電話)

高森町不妊治療費助成事業申込書

高森町不妊治療費助成事業を申込みます。

|                |     |            |      |
|----------------|-----|------------|------|
|                | 氏 名 | 生 年 月 日    | 婚姻年月 |
| 夫              |     | 年 月 日<br>歳 | 年 月  |
| 妻              |     | 年 月 日<br>歳 |      |
| 不妊治療を行う予定の医療機関 |     |            |      |

町処理欄

|                      |                                                                                                                                          |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      | 窓口チェック                                                                                                                                   |
| 婚姻から 1 年以上経過していること   | <input type="checkbox"/>                                                                                                                 |
| 高森町の住民であること          | <input type="checkbox"/>                                                                                                                 |
| 助成金交付申請書についての説明と用紙配布 | <div>・ 不妊治療の助成についてのチラシ</div> <div>・ 様式第 2 号 交付申請書</div> <div>・ 様式第 3 号 医師証明書</div> <div>・ 様式第 4 号 医療費等証明書</div> <div>・ 様式第 6 号 請求書</div> |

様式第 2 号（第 6 条関係）

年 月 日

高森町長 様

申込者  
住所 高森町  
氏名 (夫) 印  
(妻) 印  
(電話)

高森町不妊治療費助成金交付申請書

年度において不妊治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。  
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。

|           |                                                                                                                  |                                       |                               |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| ふりがな<br>夫 | 年 月 日生<br>歳                                                                                                      | 高森町に住み始めた日<br>年 月 日                   | 加入保険<br>国保・健保・船員・共済<br>その他（ ） |
|           | 年 月 日生<br>歳                                                                                                      | 高森町に住み始めた日<br>年 月 日                   | 加入保険<br>国保・健保・船員・共済<br>その他（ ） |
| 住所        | 〒399-31<br>高森町                                                                                                   | 婚姻届を出した日<br>年 月 日                     |                               |
|           |                                                                                                                  | 電話連絡先                                 |                               |
| 助成対象額     | 円                                                                                                                | 申請年度内の治療に要した負担額の合計                    |                               |
| 助成金申請額    | 円                                                                                                                | 上記の 2 分の 1 の額（円未満は切捨て）<br>10 万円を上限とする |                               |
| 添付書類      | 1. 高森町不妊治療費助成事業医師証明証<br>2. 高森町不妊治療費助成事業医療費等証明書（領収書、明細書をつける）<br>3. 長野県不妊治療費助成金交付決定通知書（交付を受けた方）<br>4. 医療保険被保険者証の写し |                                       |                               |

町処理欄

|      |       |       |        |       |
|------|-------|-------|--------|-------|
| 受理日  | 年 月 日 | 交付決定日 | 年 月 日  | 交付決定額 |
| 受付番号 |       |       | 交付・不交付 | 円     |

様式第 3 号（第 6 条関係）

年 月 日

高森町長 様

医療機関等  
住所  
名称  
主治医 印

高森町不妊治療費助成事業医師証明書

不妊治療について、下記のとおり証明します。

記

|            |  |       |       |
|------------|--|-------|-------|
| 夫の氏名       |  | 生年月日  | 年 月 日 |
| 妻の氏名       |  | 生年月日  | 年 月 日 |
| 今回の治療開始年月日 |  | 年 月 日 |       |
| 不妊治療の内容    |  |       |       |
| 特記事項       |  |       |       |

様式第 4 号（第 6 条関係）

年 月 日

高森町長 様

医療機関等  
住所  
名称  
主治医 印

高森町不妊治療費助成事業医療費等証明書

年度における不妊治療に係る医療費等の本人負担額を次のとおり領収したことを証明します。

1 受診者等

|    |     |
|----|-----|
| 住所 | 高森町 |
| 氏名 |     |

2 領収金額

| 受診等月 | 医療費（薬剤費）のうち自己負担額 |
|------|------------------|
| 4 月  | 円                |
| 5 月  | 円                |
| 6 月  | 円                |
| 7 月  | 円                |
| 8 月  | 円                |
| 9 月  | 円                |
| 10 月 | 円                |
| 11 月 | 円                |
| 12 月 | 円                |
| 1 月  | 円                |
| 2 月  | 円                |
| 3 月  | 円                |

※この証明書は、医療機関、薬局ごとに必要です。

※受診者が添付する書類

領収書

明細書

様式第 6 号（第 8 条関係）

年 月 日

高森町長 様

請求者  
住所  
氏名 印

高森町不妊治療費助成金請求書

高森町不妊治療費助成事業実施要綱第 8 条の規定により、次のとおり請求します。

1 交付請求額 円

2 振込先

|       |                            |         |       |    |
|-------|----------------------------|---------|-------|----|
| 金融機関名 | みなみ信州農協<br>八十二銀行<br>飯田信用金庫 |         | 支 店 名 | 支店 |
| 預金種目  | 普通・当座                      | 口 座 番 号 |       |    |
| フリガナ  |                            |         |       |    |
| 口座名義人 |                            |         |       |    |