

様式第 1 号（第 6 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し込みます。

	氏 名	生 年 月 日
夫		年 月 日 (歳)
妻		年 月 日 (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
高森町の住民であること	☐
婚姻していること	☐
妻治療開始年齢 43 歳未満	☐
高森町不妊治療費助成事業についての説明と用紙配布	☐ ・不妊治療費助成事業についての説明用紙 ・様式第 2 号 交付申請書 ・様式第 3 号 医師証明書 ・様式第 4 号 医療費等証明書 ・様式第 7 号 請求書

様式第 2 号（第 7 条関係）

年 月 日

高森町長 様

高森町不妊治療費助成事業 助成金交付申請書

関係書類を添えて高森町不妊治療費助成事業への助成を申請します。

【申請前確認事項】

- ☐ 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。
- ☐ 他の地方公共団体への申請と重複していないことを誓います。

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				
夫		年 月 日生 歳	年 月 日	国保・健保・船員・ 共済・その他（ ）
妻		年 月 日生 歳	年 月 日	国保・健保・船員・ 共済・その他（ ）
住所	〒399- 高森町		電話連絡先	
(1)助成対象額	円	保険適用外の不妊治療に要した費用の合計額		
(2)助成金申請額	円	助成対象費用の2分の1（円未満は切捨て）10万円 を上限		
添付書類	1. 高森町不妊治療費助成事業医師証明証 2. 高森町不妊治療費助成事業医療費等証明書 3. 不妊治療の費用に係る領収書、診療明細書			

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		申請回数	回目
住民登録	夫□ 妻□	妻年齢	43歳未満□
交付(不交付) 決定日	交付・不交付 年 月 日	交付決定額	円

年 月 日

高森町長 様

医療機関
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

(ふりがな) 夫の氏名		生年月日	年 月 日
(ふりがな) 妻の氏名		生年月日	年 月 日
不妊治療の内容			
特記事項			
院外処方	☐ 有 ☐ 無		

※助成の対象となる治療費は、保険適用外の不妊治療費です。
(入院時の差額ベッド代、食事代、文書料等治療に関係のない費用を除く)

様式第4号（第7条関係）

年 月 日

高森町長 様

医療機関・薬局等

住所

名称

氏名

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

住所	高森町
氏名	

2 領収金額

受診等月	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
合 計	円

※助成の対象となる治療費は、保険適用外の不妊治療費です。
（入院時のベッド代、食事代、文書料等治療に関係のない費用を除く）

※この証明書は、医療機関ごとに必要です。

※受診者が添付する書類：領収書、診療明細書

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事業助成金請求書

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 請求額 円

2 振込先

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協									
支店名										
預金種目	普通	当座	口座番号							
フリガナ										
口座名義人										