

小山町不妊治療・不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

小 山 町 長 様

住 所

申請者 氏 名 ⑩
電話番号

小山町不妊治療・不育症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、助成金の交付決定に必要な要件を確認するため、夫婦の住民基本台帳、所得状況、税込納状況について調査、照会することに同意します。

記

対 象 者		(ふりがな) 氏 名		生年月日			
	夫	()		年 月 日生 (歳)			
	妻	()		年 月 日生 (歳)			
	住 所	〒 —					
	加入医療保険 (夫)	【種別】市町村国保・組回国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者					
	加入医療保険 (妻)	【種別】市町村国保・組回国保・健保・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者					
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所			
	預 金 種 別	普通	(ふりがな) 口座名義人	()			
		当座	(申請者と同一)				
口 座 番 号							(左詰記入)
人工授精に係る 領 収 金 額	円		不妊治療受診等証明書領収金額 (人工授精に係る金額)				
男性不妊治療に係る 領 収 金 額	円		不妊治療受診等証明書領収金額 (男性不妊治療に係る金額)				
不育症治療に係る 領 収 金 額	円		不育症治療受診等証明書領収金額 (不育症治療に係る金額)				
不妊治療・不育症治療費 領 収 金 額 総 額	円		不妊治療受診等証明書領収金額 (総額)				
付 加 給 付 額	円		保険者からの付加給付がある場合に記入				
県 補 助 金	円		静岡県特定不妊治療費助成支給額				
申 請 額	円						

過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 申請回数 回目 申請歴 (年度)
--

裏面

小山町不妊治療・不育症治療費助成金

助成金の額は、該当年度の不妊治療又は不育症治療に要した費用から医療保険各法の規定による任意の給付と、静岡県の補助金の交付額を控除した額の2分の1の額（100円未満の端数があるときには、これを切り捨てた額）で、不妊治療及び不育症治療で20万円が限度となります。ただし、人工授精に係る費用については9万円までの費用は10分の7を、9万円を超えた部分の費用については2分の1を助成します。男性不妊治療（T E S E ・ M E S A）に係る費用については15万円までの費用は10分の7を、15万円を超えた部分の費用については2分の1を助成します。不育症治療（町が指定する検査・治療）に係る費用については10分の7を助成します。

- （添付書類）
- 1 不妊治療受診等証明書又は不育症治療受診等証明書
 - 2 夫婦の戸籍謄本又は全部事項証明書等
 - 3 医療保険各法の被保険者証等の写し
 - 4 不妊治療又は不育症治療に要した費用の領収書その他の支払を証する書類
 - 5 静岡県の補助金を受けた者にあつては、その額を確認することができる書類
 - 6 源泉徴収票又は市区町村長が発行する所得を証明する書類
- ◎ 申請の際に、印鑑をお持ちください。

申請書の提出期限

申請書は、治療終了日の属する年度の3月末日までに提出しなければなりません。1月から3月までに治療が終了した場合は、治療終了日から起算して90日（静岡県の補助金を受ける場合は、補助金の額が決定した日から起算して90日）以内に提出が可能です。

複数回の治療をまとめて申請することはできますが、提出期限を過ぎた治療については申請できませんので、御注意ください。