

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

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、過去の受給歴について調査、照会することに同意します。

記

|               |       |                          |  |      |             |  |
|---------------|-------|--------------------------|--|------|-------------|--|
| 対象者           | 夫     | (ふりがな) 氏名                | ( )  | 生年月日 | 年 月 日生 ( 歳) |  |
|               |       | 加入医療保険                   | 【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 ( )<br>【保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者 |      |             |  |
|               |       | 住所                       | 〒 - 電話 ( )   |      |             |  |
|               | 妻     | (ふりがな) 氏名                | ( )  | 生年月日 | 年 月 日生 ( 歳) |  |
|               |       | 加入医療保険                   | 【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 ( )<br>【保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者 |      |             |  |
|               |       | 住所<br>(夫と異なる場合のみ記入)      | 〒 - 電話 ( )   |      |             |  |
| 振込先           | 金融機関名 | 銀行 本店<br>金庫 支店<br>農協 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・不育症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・不育症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                        | 不妊治療・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)                      |      |             |  |
| 領収金額総額        |       | 円                        | 不妊治療・不育症治療受診等証明書領収金額 (総額)                              |      |             |  |
| 付加給付額及び高額療養費額 |       | 円                        | 保険者からの給付がある場合に記入                                       |      |             |  |
| 県補助金          |       | 円                        | 静岡県不妊治療費 (先進医療) 補助金額                                   |      |             |  |
| 申請額           |       | 円                        |  |      |             |  |

|      |  |
|------|--|
| 申請状況 | 過去にこの助成金を受けたことがありますか。<br>ない・ある → 申請回数 回目 申請歴 ( 年度)                   |
|      | 不育症治療 過去に町外かつ静岡県内で不育症治療の助成金を受けたことがありますか。<br>ない・ある → 自治体名 ( 市町) ( 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・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 医療保険各法の資格情報を証する書類の写し
- 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治療費の支払を証する書類
- 5 県補助金を受けた者または保険者からの給付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 事実婚関係に関する申立書  
（届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合に限る。）
- 7 不育症治療をおこなった者は、該当年度の所得証明書（転入者に限る。）
- 8 その他町長が必要とする書類

### 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。

