

第1号様式(第6条関係)

愛川町特定不妊治療費(先進医療及び自費診療分)助成申請書

年 月 日

愛川町長 殿

愛川町特定不妊治療費(先進医療及び自費診療分)助成要綱に定められた内容を承諾の上、同要綱の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

申請者	フリガナ 氏 名	生 年 月 日
夫 (自署または 記名押印)		年 月 日 (歳)
妻 (自署または 記名押印)		年 月 日 (歳)
住所(※1)	〒 愛川町	電話 ()
住所(※2)	〒 (夫・妻)	電話 ()
申請額 (どちらか1つに チェック)	<input type="checkbox"/> 先進医療 (保険診療との併用) 円	特定不妊治療費受診等証明書に記載の領収金額が 助成上限を超える場合は、上限額を記入してください。 【先進医療に対する助成上限額】 100,000 円 【保険外診療に対する助成上限額】100,000 円
	<input type="checkbox"/> 保険外診療 (自費診療) 円	
<p>1. 愛川町以外の自治体(都道府県・指定都市)で同一の治療期間にかかる助成を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> ありません ※ある場合は助成を受けられません</p> <p>2. 令和5年4月1日以降に受けた特定不妊医療の通算回数 ()回目</p> <p>3. 特定不妊治療費助成申請回数 ①今回初めて ②通算()回目 ②の場合 初回の治療を開始した時の妻の年齢 (歳) ※初めて申請する特定不妊治療費助成の治療開始時、又は保険適用1回目の治療開始時のうちいずれか早い方</p> <p>4. 今回の治療を開始した時の年齢 妻(歳) ・ 夫(歳)</p> <p>5. 出産による助成回数のリセットを行う場合は記載してください。(死産の場合は、記載は不要ですので死産届の写しを添付してください。) 対象の子(名前:) (生年月日: 年 月 日)</p> <p>6. 申請額に神奈川県がん患者妊孕性温存治療費助成事業の助成を受けた治療費は含まれていますか。 <input type="checkbox"/> 含まれていません ※含まれている場合は助成を受けられません</p>		
同意欄	助成金の交付決定にあたり、町職員が住所、住民登録日並びに婚姻状況等について公簿等により確認すること及び領収書の内容について医療機関に確認すること並びに当該申請にあたって必要な事項を関係機関に確認することに同意します。 (同意していただける場合は署名をお願いいたします。) 夫 _____ 妻 _____	

注)太枠の中をご記入ください。

※1:夫婦でお住まいの住所をご記入ください。決定通知書の送付先になります。

※2:単身赴任等の理由で、夫婦の住所が異なる場合にのみご記入ください。

◎助成対象となる1回の特定不妊治療が終了した日の翌日から数えて60日以内(消印有効)に申請してください。

町記入欄(以下は記入しないでください)

申請受理年月日	年 月 日	申請番号
住民登録の有無	住 所	
夫	有 ・ 無	
妻	有 ・ 無	

(書類確認欄)

- 受診等証明書
- 領収書及び診療明細書
- 住所および婚姻関係の確認書類