

様式第7号（第7条関係）

吉岡町不妊治療費等助成金交付申請書兼請求書（不育症治療）

吉岡町長 様

吉岡町不妊治療費等助成金の交付に必要な事項として、1. 私及び私の属する世帯の町税の納入状況を閲覧すること、2. 住民基本台帳を閲覧すること、3. 群馬県の不育症検査費用助成事業又は特定医療費（指定難病）の申請状況又は受給状況について確認することに同意します。

申請日		年 月 日		申請回数： 初回 / 回目			
申請者	夫			生 年 月 日	年	月	日生
	妻				年	月	日生
	住所	(〒 -) 吉岡町大字			電話番号		
県の不育症検査費用助成事業助成金受給		有・無		不育症治療対象児		第 子	
県の特定医療費(指定難病)の受給		有・無					
不妊治療費等総額		円		治療に要した負担額の合計 (医療機関受診証明書と同額記入) ①			
県の不育症検査費用助成事業助成金額		円		②			
県の特定医療費（指定難病）の受給金額		円		③			
吉岡町不妊治療費等助成金交付申請額		円		{①- (②+③)} ÷ 2 (こちらは記入しないでください) 1,000円未満切り捨て			
助成上限額		不育治療 30,000円					
振込先	ふりがな						
	口座名義人	※申請者本人の口座に限る。					
	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協		支店名		本店・支店 出張所	
	口座種別	普通・当座	口座番号				

- | | |
|-------|---|
| 添付書類等 | 1 吉岡町不育治療費等助成事業医療機関受診証明書（不育治療）（様式第8号） |
| | 2 不妊治療等を受けた医療機関等の領収書及びその写し ※明細が分かるものを添付 |
| | 3 被保険者証、組合員証又は加入者証の写し |
| | 4 群馬県不育症検査費用助成事業承認決定を証する書類又は誓約書（様式第9号） |
| | 5 群馬県が実施する特定医療費（指定難病）の受給金額を確認できる預金通帳の写し等 |
| | 6 振込先金融機関の預金通帳の写し |
| | 7 吉岡町の住民基本台帳に記載がない場合は、戸籍謄本 ※発行日は3ヶ月以内 |
| | 8 吉岡町の住民基本台帳に記載がない場合は、町税等の納税証明書、完納証明書又は非課税証明書 |

町処理欄	受付年月日	年 月 日	申請	回目
	決定年月日	年 月 日	決定事項	不交付・交付（円）

県の特定医療費 (指定難病)の償 還払い受給	有・無	不育症治 療対象児	第 子
不妊治療費 等総額		円	治療に要した負担 額の合計 (医療機関受診証明書 と同額記入) ①
県の特定医療 費(指定難病) の償還払い受 給		円	県の特定医療費 (指定難病)の償 還払い受給②

県の不育症検査 費用助成事業助 成金受給	有・無	不育症治 療対象児	第 子
不妊治療費 等総額		円	治療に要した負担 額の合計 (医療機関受診証明書 と同額記入) ①
県の不育症検 査費用助成事 業助成金額		円	県の不育症検査費 用助成事業助成金 額②

県の不育症検査費用助成 事業助成金受給	有・無	不育症治 療対象児	第 子
県の特定医療費(指定難病) の償還払い受給	有・無		
不妊治療費等総額		円	治療に要した負担額の 合計 (医療機関受診証明書と同 額記入) ①
不育症検査費用助成事業 助成金受給		円	不育症検査費用助成事 業助成金額②
特定医療費(指定難病)の 償還払い受給		円	特定医療費(指定難病)償 還払い受給③
吉岡町不妊治療費等 助成金交付申請額		円 (こちらは記入し ないでください。)	$(① - ②) \div 2$ 1,000円未満切り 捨て

