

山元町不妊検査費助成事業申請書

不妊検査費助成事業の申請をしたいので、山元町不妊検査費助成事業実施要綱第4条第5号に基づき、公共料金の納入状況を確認することに同意し、また、本申請の審査に関し、必要事項について関係機関に照会することに同意し、申請します。

申請者	ふりがな					昭和・平成	年	月	日生
	氏名	(夫・妻)				(			歳)
	現住所	〒() 電話 ()							
配偶者	ふりがな					昭和・平成	年	月	日生
	氏名	(夫・妻)				(			歳)
	現住所 ※申請者と異なる 場合のみ記入	〒() 電話 ()							
申請額		金 円 (助成金上限額: 30, 000円)							
山元町長 殿									
年 月 日									
申請者氏名(自署) _____ (口座名義人と同じ)									
振込先	金融機関名 ※申請者の口座 を記入	銀行・金庫 組合・農協 ()				本・支店名	本店 支店 出張所		
	預金種別	普通・当座		フリガナ					
				口座名義人(申請者)					
	口座番号								(右詰め記入)
確認項目	該当する内容の□にレ点を記入してください。 1 婚姻関係 □ 法律婚 □ 事実婚 (事実婚申立書が必要です。) 2 確認項目(該当しない場合は助成の対象となりません。) ◆過去に他の地方公共団体及び本町においてこの助成を受けたことがあるか。 □ ない・□ ある (ある場合⇒直近に出生したお子様の出生日又は死産となった日を記載) (年 月 日) □ 今回申請する検査費用について、過去に他の地方公共団体及び本町においてこの助成を受けたことがない。 □ 夫と妻の両方が検査を受けた。								

※必ず裏面もご確認ください。

(必要な添付書類及び注意事項について記載しています。)

【添付書類・チェックリスト】

No	申 請 書 類	☒
1	山元町不妊検査費助成事業に係る受診等証明書(様式第2号)	☐
2	医療機関が発行する当該検査に係る領収書の原本	☐
3	その他町長が必要と認める書類	☐

申請書類に不備や不足がある場合は、受付できないことがありますのでご注意ください。

【注意事項】

助成申請(回数)は、夫婦1組につき1子ごと1回まで申請可能です。

第1子の際に不妊検査を実施し助成金を受け取っていた場合でも、第2子以降に係る不妊検査の場合は申請することが可能です。

なお、申請後に受診した費用は、助成期間内(夫婦のいずれか早い方の検査開始日から1年以内)でも、再度助成することはできません。

※1 受診等証明書(様式第2号)の「患者負担(領収)額」と助成金上限額(30,000円)を比較し、低い額を「申請額」欄に記入してください。

ただし、夫婦が別の医療機関を受診した場合は、妻の受診等証明書(様式第2号)の「患者負担(領収)額」と夫が受けた検査の領収書の金額を合算してください。

夫婦両方の検査費用を申請する場合も、本申請書は1枚にまとめて記入してください。

※2 助成対象期間は、最も早い検査開始日から1年間です。

夫婦両方の検査費用について申請する場合は、夫又は妻の検査開始日のいずれか早い日から起算となります。

※3 承認決定通知書又は不承認決定通知書は、申請者に郵送します。