

(表)

様式第1号(第6条関係)

綾川町不育症治療費助成申請書

年 月 日

綾川町長 様

申請者氏名 _____ ㊟

綾川町不育症治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請者※	(ふりがな) 氏名	()	電話番号
	生年月日	年 月 日生 ()歳	
	住所	〒 _____ 香川県綾歌郡綾川町	
助成申請額	(A) 医療機関等で支払った自己負担額 (様式第3号記載額のとおり)	金 _____ 円	
	(B) 保険者等からの給付額等 (下欄の額のとおり)	金 _____ 円	
	助成申請額 (A) - (B)	金 _____ 円	
加入医療保険	【保険者名称】 【保険者番号】 【被保険者証の記号及び番号】 【被保険者名】		
申請者又は申請者の扶養者が被保険者となる公的又は医療保険の保険者や他の地方自治体からの医療給付、助成等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (下欄に給付等の状況(予定を含む。)を記入)		
	保険者名 又は 地方公共団体名		
	給付(予定)金額	円	円
	給付(予定)時期	年 月	年 月

※この助成の申請者は、不育症治療を受けた本人です。

裏面もあります→

【添付書類】

- 1 綾川町不育症治療費助成事業受診等証明書(様式第2号)
- 2 綾川町不育症治療費助成事業申請書(自己負担額)証明書(様式第3号)
- 3 香川県不育症治療費助成決定通知書
- 4 医療機関等が発行した不育症治療に要した費用に係る領収書
- 5 申請者の住民票の写し(発行から3か月以内の原本) ※裏面の同意書により省略可
- 6 町税を完納していることを証明する書類
- 7 助成金請求書(様式第5号)
- 8 その他町長が必要と認める書

(裏)

不育症治療費助成事業に関する同意書

年 月 日

綾川町長 様

申請者 住所 綾川町

氏名

㊦

私は、綾川町不育症治療費助成事業に係る下記の事項について同意します。

記

- 1 助成金交付に係る審査のために必要な事項を閲覧すること。
 - (1) 住民基本台帳（綾川町に住所を有することを確認します）
 - (2) 町税の納税状況

- 2 助成の決定を行うために必要な場合、次の通り関係機関に照会すること。
 - (1) 医療給付の有無等について、申請者又は申請者の扶養者が被保険者となる公的医療保険の保険者及びほかの地方公共団体に対して照会すること。
 - (2) 不育症治療の内容、費用等について、関係の医療機関及び調剤薬局に対して照会すること。

- 3 綾川町が、助成事業の成果を把握し、今後の制度の充実当を検討するため、治療内容及び治療結果を収集し、個人が特定されないよう統計的に処理したものを専門家に提供し、意見を求めること。

- 4 以前の受給歴について、県又は以前お住いの自治体に確認を行うこと。

綾川町不育症治療費助成事業は、綾川町が実施する事業です。この助成金は、限られた公費予算から公正な支出を行うため、県又は以前にお住いの自治体等へ不育症治療費助成金の受給状況を確認することがあります。