

不妊治療費助成金申請・請求書

年 月 日

関係書類を添えて次のとおり不妊治療費助成金の交付を申請・請求します。

有田町長 様

申請・請求 金額 金 \_\_\_\_\_ 円

助成対象治療費	円
佐賀県助成金見込額	円

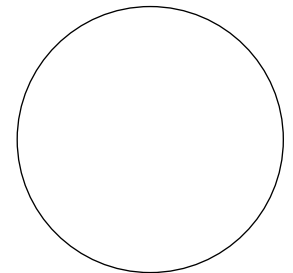
	夫	妻
氏名	Ⓜ	Ⓜ
住所	〒 有田町	〒 有田町
生年月日	年 月 日	年 月 日
電話番号		

○振込先

金融機関名			
預金種別	普通・当座	支店名	
口座番号		ふりがな 口座名義人	

○添付書類

- ・不妊治療支援事業に係る受診等証明書(様式第2号)
- ・裏面の表に掲げるいずれかの書類
- ・佐賀県不妊治療支援事業承認決定通知書の写し
- ・その他( )



(裏)

申請書(請求書)記入の注意事項

- 1 夫及び妻双方の合意に基づき、連名で申請・請求してください。助成金の交付は、戸籍法の規定による婚姻の届出をされている夫婦の方を対象としています。いわゆる事実婚の方は助成対象になりません。
- 2 夫及び妻の両方が、有田町内に住民登録をしていることが必要です。
- 3 助成の対象となる不妊治療費は、配偶者間で行った、健康保険が適用されない体外受精(胚移植・凍結胚移植)、顕微授精(胚移植・凍結胚移植)で指定医療機関及び指定医療機関等で行った治療です。
- 4 助成金の額の上限は、1回当たり、指定医療機関及び指定医療機関等に支払われた不妊治療費(指定医療機関及び指定医療機関等が証明した額)から佐賀県不妊治療支援事業助成金額を差し引いた額に10分の7を乗じて得た額と10万円とを比較して少ない方の額です。助成金の請求は、治療が終了した日の属する年度内に行ってください。
- 5 振込みの預金口座の名義は、請求される方の氏名と同じものにしてください。
- 6 助成金の請求は、申請・請求書に不妊治療費を指定医療機関及び指定医療機関等に支払われる際、指定医療機関及び指定医療機関等から受けた証明書(受診等証明書)と次の関係書類を添えて健康福祉課〈保健師〉に提出してください。

添付書類

種	別	添付書類
夫及び妻が日本国籍を有し、かつ、同一世帯に属する場合	夫又は妻が世帯主の場合	・住民票謄本(続柄記載のあるもの)
	夫及び妻が世帯主でない場合	・住民票謄本(続柄記載のあるもの) ・戸籍謄本
夫及び妻が日本国籍を有し、かつ、別世帯に属する場合		・夫及び妻の住民票抄本 ・戸籍謄本
夫又は妻のいずれか一方が外国人である場合		・住民票謄本(続柄記載のあるもの)
夫及び妻が外国人である場合		・住民票謄本(続柄記載のあるもの)

\* 上記書類は交付日から3箇月以内のものを有効とします。

\* 詳細についてのお尋ねは下記まで

有田町役場 健康福祉課 (保健師) 電話 (0955) 43-5065

FAX (0955) 43-2301