神山町長 様

神山町不妊治療費助成事業申請書

神山町不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。本申請に係る審査のため、住民登録情報の閲覧について承諾します。

ふりがな 申請者氏名		年 月 日生 (歳)
ふりがな 配偶者氏名		年 月 日生 (歳)
住 所	〒 電話	
交付申請の額 (保険適用分)	金 _____ 円	
ご加入の公的医療保険 (健康保険証)	夫婦のうち治療を受けた方のみご記入ください。 夫 () 妻 ()	
高額療養費区分	夫 妻 ○を付ける→ ア・イ・ウ・エ・オ ○を付ける→ ア・イ・ウ・エ・オ	
ご加入の公的医療保険 付加給付金制度の有無	次の内容をご加入の保険者に確認いただき、該当される場合は□に✓を付けてください。 □ ご加入の公的医療保険に付加給付金制度がある (□ 妻 □ 夫) 制度がある場合は、あなたの1か月の支払限度額 (円) ※保険者から受け取った付加給付金が記載された書類等自己負担金の限度額が分かるものの コピーをご持参ください。	
他自治体における 助成について	次の内容を確認いただき、該当される場合は□に✓を付けてください。 □ 本申請に係る治療の費用について、他の自治体で助成を受けておらず、 また、受ける予定はありません。	
私たち夫婦に関して次の確認行為等が神山町によってなされることに同意します。		
☐ 私たち夫婦の住民票情報及び私たち夫婦に課された神山町の町税等の納付状況の確認		
☐ 医療機関に対する治療内容等の照会及び加入する保険者に対する健康保険限度額認定区分等の照会		
☐ 神山町以外の自治体への本申請に係る情報の照会・提供		
☐ 各申請書類は、返却不可であることを了承		
夫氏名 _____ 印	妻氏名 _____ 印	
(自署又は記名押印)	(自署又は記名押印)	