

別記様式第1号（第5条関係）

むかわ町不妊治療費助成金交付申請書

（保険適用治療分・先進医療分）

年 月 日

（宛先）むかわ町長

申請者 住 所

氏 名

㊟

電話番号

むかわ町不妊治療費助成金について、関係書類を添えて申請します。

(ふりがな) 夫の氏名		夫 の 生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)
(ふりがな) 妻の氏名		妻 の 生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)
助成申請額	※内訳は別紙に記載		円

（添付書類）

- 1 不妊治療受診等証明書(別記様式第2号)
- 2 助成対象治療に係る医療機関発行の領収書
- 3 高額療養費限度額適用認定証

この申請に係る世帯の住民基本台帳情報、税情報等の確認を行うことや必要な資料の提供を他の行政機関等に求めること及び提供することに同意します。
申請者氏名 ㊟

※以下は記入不要です。(町記入欄)

初めて治療開始時点の女性の年齢	歳
助成回数上限	回
今回助成回数	治療費： 保険 回目・先進 回目
高額療養限度額適用認定証 適用区分・ひと月の限度額	ア：252,600円 イ：167,400円 ウ：80,100円 エ：57,600円 オ：35,400円
助成の可否	承認・不承認(理由 )

別紙申請金額内訳

○治療費

保険適用分	先進医療分
円	円 ※1回の治療につき上限50,000円

○交通費

- ・ 自宅から医療機関までの距離（片道）： km
- ・ 助成基準額（1回あたり往復）： 円
- ・ 通院日等

	通院年月日	(どちらかに○)		備考
		保険適用分 (5回まで)	先進医療分 (5回まで)	
①	年 月 日			
②	年 月 日			
③	年 月 日			
④	年 月 日			
⑤	年 月 日			
⑥	年 月 日			
⑦	年 月 日			
⑧	年 月 日			
⑨	年 月 日			
⑩	年 月 日			

- ・ 金額

保険適用分	先進医療分
1回 円× 回= 円	1回 円× 回= 円