

年 月 日

（あて先）久御山町長

申請者
住 所
氏 名
電話番号

不妊治療等助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

申請の種類	以下のいずれかにチェックしてください。					
	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療		<input type="checkbox"/> 人工授精		<input type="checkbox"/> 不育治療等	
	<input type="checkbox"/> 先進医療等(保健適用外)					
<input type="checkbox"/> 体外受精		<input type="checkbox"/> 顕微授精		<input type="checkbox"/> 男性不妊治療		
交付申請額	円					
受療者本人	住 所	(〒 -)				
	氏 名				住民となった日	年 月 日
	加入医療保険	種別	国保・健保 船員・共済 その他	保険者 番 号	区 分	本人・被扶養者
配偶者	住 所	(受療者と異なる場合のみ記載)				
	氏 名				住民となった日	年 月 日
過去の助成金 受給の有無	1 有	「有」の場合 過去に助成を 受けた自治体 および助成額	自治体	時 期		助成額(円)
	2 無			年 月		
				年 月		

○添付書類

1. 不妊治療医療機関証明書（様式第2号）

※ 保険薬局で投薬を受けた方は、医療機関の証明書とは別に薬局からの証明書を提出してください。

○確認事項

私は、本申請の審査に必要な情報（住民基本台帳）の確認及び調査に同意します。

署名

○医療機関の証明書等報告内容を京都府へ報告を行う事に関する証明書

この助成金は、限られた公費予算から支出を行っています。また、京都府からの補助金の交付を受け実施しており、公費の支出を検証するために必要な事項を京都府に対し報告します。なお、情報の取扱いには、十分留意し、プライバシーは厳守します。

○当該治療費が高額療養費制度に該当する場合は、医療保険者に対し、申告が必要です。