

記入例

幸田町生殖補助医療・先進医療費助成事業に関する同意書

令和 年 月 日

幸 田 町 長 様

本籍地の市町村名を
記入してください

対 象 者
本 籍 地 愛 知 都・道・府・県 幸田市・町・村
夫 氏 名 幸 田 太 郎
妻 氏 名 幸 田 花 子

私たちは、幸田町生殖補助医療・先進医療助成事業費助成金に係る
下記の事項について同意します。

記

助成金交付の審査のために必要な次の事項を閲覧することに関する説明書

助成金を交付するのに必要な要件を確認するため、次の事項について閲覧します。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

- 1 住民基本台帳…（本町内に住所を有すること、事実婚関係にある方については同世帯であるかを確認します。）
- 2 戸籍…（法律上の御夫婦であること、事実婚関係にある方については治療当事者両人が重婚でないかを確認します。）

以前の受給歴について以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する説明書

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、他自治体で補助を受けた方については本町での申請を行うことは出来ません。他市町村から転入された方は、以前にお住まいの自治体へ、この助成金の以前の受給状況を確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

高額療養費支給に関する説明書

医療費の自己負担金が高額となった場合、一定の金額（自己負担限度額）を超えた部分が払い戻される高額療養費制度があります。

この高額療養費の支給を受けたかどうかの確認を、加入されている健康保険組合等の保険者へ確認することがあります。また、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返還を求めることがありますのでご了承ください。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

○今回申請する治療費について付加給付金・高額療養費の支給を受けましたか。
受けていない ・ 受けた