

様式第1号（第6条関係）

幸田町生殖補助医療・先進医療費助成事業申請書

記入例

日付は保健センター来所・
申請する日をご記入ください

令和 年 月 日

(宛先) 幸田町長

申請者 住所
氏名
電話番号口座名義人・請求者と同じ＋
幸田町に住民登録されている方

関係書類を添えて、下記のとおり不妊治療費（生殖補助医療・先進医療）の助成を申請します。

記

対象者		氏名（ふりがな）	生年月日
	夫	こうた たろう 幸田 太郎	平成 〇 年 〇 月 〇 日 (〇〇 歳)
		こうた はなこ 幸田 花子	平成〇 年〇 月 〇 日 (〇〇 歳)
	住所（※1）	〒444 - 0113 幸田町大字菱池字錦田84番地 電話 0564 (62) 8158	
	住所（※2）	〒 - 電話 ()	
	加入医療保険（夫）	【種別】市町村国保・国保組合・ <u>健保</u> ・共済・その他 () 【区分】 <u>本人</u> ・被扶養者	
	加入医療保険（妻）	【種別】市町村国保・国保組合・ <u>健保</u> ・共済・その他 () 【区分】本人・ <u>被扶養者</u>	
申請額	金 金額は空白のままにしてください円（下記事務局記入欄 A及びBの合計）		

今回の治療について、他の自治体で助成を受けたことがありますか。（申請中を含む）

☐ はい → 自治体名 ()
☒ いいえ

事務局 記入欄	生殖補助医療分 自己負担金額	円	A	円			
	治療年月の高額療養費＋付加給付金	— 円					
	円 × 0.5 = (上限10万円) 千円未満の端数切捨						
	先進医療分 自己負担金額	円	× 0.7 = B	円			
	(上限5万円) 千円未満の端数切捨						
申請回数	1	2	3	4	5	6	
申請受理年月日						(承認・不承認)	
受給者番号						決定年月日	
生殖補助医療:	先進医療:						

注) 太枠の中について記入してください。

※1 夫婦の住所を記入してください。

※2 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等に記入してください。

事実婚関係に関する申立書

令和 年 月 日

（宛先）幸田町長

夫 住 所
氏 名
電話番号

妻 住 所
氏 名
電話番号

私たちは、幸田町生殖補助医療・先進医療費助成事業の申請に当たり、事実婚関係にあることを申し立てます。

別世帯になっている理由（夫及び妻が別世帯となっている場合に記入すること。）

--

様式第4号(第7条関係)

第 号
年 月 日

様

幸田町長



幸田町生殖補助医療・先進医療費助成事業承認決定通知書

年 月 日付で申請のあった 年度の生殖補助医療・先進医療費の助成について、
承認することとし、次の金額を助成することを決定したので通知する。

助成することとした額 金 円

様式第 5 号(第 7 条関係)

第 号
年 月 日

様

幸田町長



幸田町生殖補助医療・先進医療助成事業不承認決定通知書

年 月 日付で申請のあった 年度の生殖補助医療・先進医療費の助成について、
不承認としたので通知する。

不承認とした理由 のため

記入例

様式第6号（第8条関係）

幸田町生殖補助医療・先進医療費助成金請求書

日付は空白に
してください

令和 年 月 日

（宛先）幸田町長

申請者と同じ

請求者

住所 幸田町大字菱池字錦田 84 番地

氏 名 幸田 太郎

電話番号 0564-62-8158

このことについて、下記のとおり請求します。
なお、助成金については、指定口座に振り込んでください。

金額は空白のまま
にしてください

記

請 求 金 額	金 円
---------	-----