

様式第1号（第6条関係）

基山町不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

基山町長 様

関係書類を添えて、下記のとおり不妊治療費の助成を申請します。

記

- ・本申請書の記載事項に相違ありません。
- ・基山町以外の自治体が行った不妊治療費助成事業による助成金の交付状況について基山町以外の自治体に照会すること、基山町不妊治療費助成事業による助成金の交付状況について他の自治体から照会のある場合これに回答すること、助成対象となった不妊治療に関して実施医療機関に照会することについて同意します。

申請者	夫	妻
ふりがな 氏名	印	印
生年月日	年 月 日	年 月 日
住所	基山町	
子の有無	無 ・ 有（ 1人 ・ 2人 ・ 3人 ・ 4人以上 ）	
電話番号	— —	— —
不妊治療に 要した費用	※受診等証明書に記載された金額と同額であること 円	
助成実績	※該当する箇所にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 今までに基山町で不妊治療の助成を受けたことがある。 <input type="checkbox"/> 佐賀県の不妊治療の助成も受けている。 <input type="checkbox"/> 基山町と佐賀県以外の不妊治療の助成を受けたことがある。 (具体的に )	

同意書	本申請の審査において、夫婦の町税、国民健康保険税、町営住宅の住宅使用料及び保育所の保育料の収納状況を閲覧することに同意します。 氏名 夫 印 妻 印
-----	----------------------------------------------------------------------------------

○添付書類 ※ 該当するものを○でかこんでください。(必要書類は裏面を参照)

- ・受診等証明書（様式2号）
- ・住民票の写し等（ )
- ・請求書（様式3号）
- ・佐賀県不妊治療支援事業承認決定通知書の写し
- ・医療機関発行の領収書
- ・その他（ )

※お預かりした個人情報は厳重に管理し、基山町不妊治療費助成事業のみに使用します。  
 ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

(裏面)

注意事項

- 1 夫及び妻双方の合意に基づき、連名で申請してください。助成金の交付は、戸籍法の規定による婚姻の届出をされている夫婦の方を対象としています。いわゆる事実婚の方は助成対象になりません。
- 2 夫婦の両方が、基山町内に引き続き1年以上居住すること。
- 3 助成の対象となる不妊治療費は、夫婦間で行った健康保険が適用されない人工授精、体外受精（凍結胚の移植を含む）、顕微授精（凍結胚の移植を含む）の治療費です。  
ただし、胚の凍結料、入院費、食事代及び証明書等の文書料は除きます。
- 4 助成金の額の上限は、1年度（4月から3月まで：申請日基準）あたり20万円です。医療機関に支払われた不妊治療費の額（医療機関が証明した額）から、佐賀県不妊治療支援事業による助成金又は、助成金相当額及び、他の市町村から受けた助成金を差し引いた額の10分の7が助成されます。
- 5 助成金の申請は、治療が終了した日の属する年度内（3月末日まで）に行ってください。  
ただし、治療が終了した日が2月以降である場合は、5月末日まで申請を受け付けますが、この場合の助成は、『治療終了年度』ではなく、『申請された年度（治療終了の翌年度）』となりますので、ご注意ください。
- 6 助成金の申請は、この申請書に、不妊治療費を医療機関に支払われる際、医療機関から受けた証明書（受診等証明書）、医療機関発行の領収書、請求書等を添えて基山町健康福祉課健康増進係（基山町保健センター）に提出してください。

種 別	添 付 書 類
夫又は妻が世帯主の場合	世帯全員の住民票の写し（続柄の記載のあるもの）
夫婦以外の者が世帯主の場合	世帯全員の住民票の写し（続柄の記載のあるもの）、 戸籍謄本

※上記の書類は、交付日から3か月以内のもの

(町記載欄)

審 査	○住民票	定住日（ 年 月 日）	適・不適
	○町税		適 ・ 不適
	○国民健康保険税		適 ・ 不適
	○住宅使用料		適 ・ 不適
	○保育料		適 ・ 不適