

(様式1号)

みやき町不妊治療助成事業申請書

年 月 日

みやき町長 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。

- ・本申請書の記載事項に相違ありません。
- ・みやき町以外の自治体が行った不妊治療助成事業による助成金の交付状況についてみやき町以外の自治体に照会すること、みやき町不妊治療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				
住所	〒 ※夫婦の住所が同じ場合は、記入不要。					
生年月日	年 月 日	年 月 日				
子どもの有無	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"/> 今までにみやき町で不妊治療の助成を受けたことがある。					
	回数/年度	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目
女性	平成・令和 年度	平成・令和 年度	平成・令和 年度	平成・令和 年度	平成・令和 年度	
男性	平成・令和 年度	平成・令和 年度	平成・令和 年度	平成・令和 年度	平成・令和 年度	
<input type="checkbox"/> 佐賀県の不妊治療の助成も受けている (平成・令和 年度)						
<input type="checkbox"/> みやき町と佐賀県以外の不妊治療の助成を受けたことがある。 (どこ)						

○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)
- ・請求書 (様式3号)
- ・医療機関発行の領収書
- ・戸籍謄抄本
- ・佐賀県不妊治療支援事業承認決定通知書の写し
- ・その他 ()

(受理日)

※お預かりした個人情報厳重に管理し、みやき町不妊治療助成事業申請のために使用します。
上記の場合を除き、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 治療した日において、夫又は妻のいずれか一方又は両方が、みやき町内に1年以上居住（住民登録）し、治療終了後も引き続き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、配偶者間で行った、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）、凍結胚保存、男性不妊治療の治療費です。ただし入院費、食事代、証明書などの文書料は除きます。
- 5 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）あたり初年度30万円、次年度以降20万円、男性不妊治療は1年度あたり10万円までです。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。
- 6 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付けていますが、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。
- 7 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、請求書等を添えてみやき町健康づくり担当（北茂安保健センター）に提出してください。このとき、申請される方の印鑑、振込みを希望する預金通帳又はそのコピーを持参してください（口座名義人や口座番号の確認のため）。

種 別		添 付 書 類
・夫及び妻が日本国籍を有しかつ、同一世帯に属する場合	・夫又は妻が世帯主の場合	・住民票謄本（続柄の記載のあるもの）
	・夫及び妻が世帯主でない場合	・住民票謄本（続柄の記載のあるもの） ・戸籍謄本
・夫及び妻が日本国籍を有し、かつ、別世帯に属する場合		・夫及び妻の住民票抄本 ・戸籍謄本
・夫又は妻のいずれか一方が外国人である場合		・住民票謄本及び外国人登録原票記載事項証明書 ・日本国籍を持つ配偶者の戸籍抄本
・夫及び妻が外国人である場合		・外国人登録原票記載事項証明書 ・婚姻の届書の受理証明書又は記載事項証明書

※上記書類は、交付日から3か月以内のものを有効とする。

申請書の提出と問い合わせ先

〒849-0113 みやき町大字東尾6436番地4
みやき町健康増進課 健康づくり担当（北茂安保健センター）
Tel.0942-89-3915