

年 月 日

まんのう町長 様

申請者氏名 \_\_\_\_\_

まんのう町不育症治療費助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請者 ※	(ふりがな) 氏名	( )	電話番号	
	生年月日	年 月 日 ( 歳)		
	住所			
助成金申請額	(A) 医療機関等で支払った自己負担額(様式第3号記載額のとおり)			
	金 _____ 円			
	(B) 保険者からの給付額等(下欄の額のとおり)			
	金 _____ 円			
	助成金申請額(A) - (B)			
	金 _____ 円			
加入医療保険	【保険者名称】 【保険者番号】 【被保険者の記号及び番号】 【被保険者名】			
申請者又は申請者の扶養者が被保険者となる公的医療保険の保険者や他の地方公共団体からの医療給付、助成等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下欄に給付等の状況(予定を含む。)を記入)			
	保険者名又は地方公共団体名			
	給付(予定)金額		円	円
	給付(予定)時期	年 月	年 月	年 月
<p>同意事項</p> <p>まんのう町が次のことを行うことに同意します。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>申請及び審査に係る必要事項の確認のため、私の住民票を確認すること。</li> <li>助成の決定を行うために必要な場合、次のとおり関係機関に照会すること。             <ol style="list-style-type: none"> <li>医療給付の有無等について、申請者又は申請者の扶養者が被保険者となる公的医療保険の保険者及び地方公共団体に対して照会すること。</li> <li>不育症治療の内容、費用等について、関係の医療機関及び調剤薬局に対して照会すること。</li> </ol> </li> <li>まんのう町が、助成事業の成果を把握し、今後の制度の充実等を検討するため、治療内容、治療結果を収集し、個人が特定されないよう統計的に処理したものを専門家に提供し、意見を求めること。</li> <li>以前の受給歴について、香川県又は以前お住いの自治体に確認を行うこと。</li> </ol> <p>まんのう町不育症治療費助成事業は、まんのう町が実施する事業です。この助成金は限られた公費予算から公正な支出を行うため、香川県又は以前にお住いの自治体等へ不育症治療費助成金の受給状況を確認することがあります。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____</p>				

※ この助成金の申請者は、不育症治療を受けた本人です。

※裏面もご覧ください。

(裏面)

**【添付書類】**

- 1 まんのう町不育症治療費助成事業受診等証明書(様式第2号)又は香川県不育症治療費助成事業受診等証明書の写し
- 2 まんのう町不育症治療費助成申請額(自己負担額)証明書(様式第3号)又は香川県不育症治療費助成申請額(自己負担額)証明書の写し
- 3 香川県不育症治療費助成決定通知書の写し
- 4 申請者の住民票の写し(発行から3月以内の原本)
- 5 町税を完納していることを証明する書類
- 6 医療機関等が発行した不育症治療に要した費用に係る領収書
- 7 その他町長が必要と認める書類

※公簿等により確認できる書類については、表面の同意事項により省略できる場合があります。