

受給者番号

岐阜県特定不妊治療費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

岐阜県知事 様

関係書類を添えて下記のとおり岐阜県特定不妊治療費補助金の交付を申請をします。
補助金の交付が決定された場合、当該決定額を請求します。

対 象 者	ふりがな		生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	
	氏名	夫				
	ふりがな		生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	
	氏名	妻				
申請者住所	申請者住所	〒 (日中可能な連絡先を記入してください)				
	配偶者の住所が異なる場合は記載	〒 (夫・妻) 電話 ()				
申請・請求者氏名 (自書)	_____ ※口座名義人と同一にすること					
今回申請する治療費に対する他の制度による給付の有無	高額療養費	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	該当するものに☑をし てください。			
	付加給付	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
	その他の制度による給付	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
申請額 (請求額)	※裏面の計算式に記入の上、算出された金額を記載してください。 円 _____					
振込先						
金融機関名	銀行 農協		本店 代理店			
	金庫 組合		支店 出張所			
預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人 (※申請者本人名義)	()			
口座番号 (左詰記入)						
添付書類	全員	<input type="checkbox"/> 申請書兼請求書 (この書類) <input type="checkbox"/> 受診等証明書 (医療機関で記載してもらった書類) <input type="checkbox"/> 領収書 (原本) (特定不妊治療費に係るもの) <input type="checkbox"/> 薬剤費の明細書 (コピー可) (院外処方により支払ったもの) <input type="checkbox"/> 住所及び婚姻関係が確認できる公的な書類 ※夫婦の住所が異なる場合はそれぞれ提出 例①: 住民票の写し (原本) (世帯主・続柄の記載があり、個人番号の記載がないもの) ※発行日から3か月以内のもの 例②: 運転免許証のコピー (夫婦共) + 戸籍抄本 (原本) ※発行日から3か月以内のもの			※すべてそろっているか 確認してください	
	事実婚の場合	<input type="checkbox"/> 通帳の写し等、振込先口座情報の分かる書類 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証の写し (限度額適用認定証を利用した場合) <input type="checkbox"/> 高額療養費決定通知の写し (高額療養費の還付があった場合) <input type="checkbox"/> 付加給付決定通知の写し (付加給付の還付があった場合) <input type="checkbox"/> その他の制度による給付を受けたことが分かる書類の写し (その他の制度による給付がある場合)			※該当書類がそろっているか 確認してください	
郵便到達年月日	年 月 日		(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日		
注) 太枠の中をご記入ください。				助成決定額 _____		

この申請書は、岐阜県が設置した事務局が事務処理をしますので、専用コールセンターから電話が入ることがあります。以下の電話番号から連絡があった場合、必ず応答してください。

問合せ先：専用コールセンター
電話：050-1750-5472
開設時間：土日祝除く9:00~17:00 (年末年始を除く)

申請額の算出

妻

治療月	病院で支払った 保険適用額 (A)	限度額 認定証	マイナ保険証 による高額療 養費の申請	高額療養費の 還付額 (B)	付加給付の 還付額 (C)	その他の制度に よる給付 (D)	自己負担額 (A)-(B)-(C)- (D)
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施				
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施				
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施				
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施				
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施				
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施				
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施				
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施				
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施				
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施				
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施				
合計①							

夫

治療月	病院で支払った 保険適用額 (A)	限度額 認定証	マイナ保険証 による高額療 養費の申請	高額療養費の 還付額 (B)	付加給付の 還付額 (C)	その他の制度に よる給付 (D)	自己負担額 (A)-(B)-(C)- (D)
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施				
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施				
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施				
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施				
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施				
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施				
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施				
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施				
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施				
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施				
月		<input type="checkbox"/> 利用	<input type="checkbox"/> 実施				
合計②							

<女性の治療のみ実施している場合>

① + ② = . . . ③

③と10万を比較し、いずれか低い額
申請額 _____

<男性の不妊治療も併せて実施している場合> ※受診等証明書の男性不妊治療額の欄に記載がある場合

① . . . ④

①と10万を比較し、いずれか低い額

② . . . ⑤

②と10万を比較し、いずれか低い額

④ + ⑤ = . . . ⑥

⑥の金額
申請額 _____