

年 月 日

高島町長 殿

申請者 住所
氏名
電話
続柄 本人・その他（ ）

高島町生殖補助医療費助成事業申請書

高島町生殖補助医療費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、必要に応じ、下記事項について町が実施医療機関等に確認を行うことに同意します。

対象者	フリガナ		生年	年 月 日 (歳)		
	氏名		月日			
	住所 連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 電話番号： 高島町				
治療状況等	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
	治療内容	(該当する治療すべてに✓をつけてください) <input type="checkbox"/> 採卵術 <input type="checkbox"/> 胚移植術 <input type="checkbox"/> 精巣内精子採取術 <input type="checkbox"/> 保険治療と併用の先進医療 <input type="checkbox"/> その他保険診療で実施した治療				
	治療費等	保険診療の自己負担額	先進医療の自己負担額	自己負担額合計…①		
		円	円	円		
		山形県不妊治療(生殖補助医療)費助成金額…②		円		
		高額療養費支給額…③		円		
治療費支払額合計 ①-②-③		円…④		助成額	(④か10万円のいずれか少ない額) 円	
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協				本店・支店
	預金種別	普通・当座	口座番号			
	口座名義人	フリガナ 氏名				

【添付書類】

- ・高島町生殖補助医療費助成事業受診等証明書
- ・医療機関、薬局の領収書（押印のあるもの）及び診療明細書
- ・山形県不妊治療（生殖補助医療）費助成金決定通知書の写し（該当者のみ）
- ・高額療養費限度額適用認定証、決定通知書等（該当者のみ）