

知立市一般不妊治療費補助金交付申請書

令和 年 月 日

知立市長様

申請者

住所

氏名

(口座名義人と同一)

電話番号

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費の補助を申請します。

記

対象者		(ふりがな) 氏名<自署又は記名押印>	生年月日
	夫	()	昭和 平成 年 月 日生 (歳)
	妻	()	昭和 平成 年 月 日生 (歳)
	住所(※1)	〒 —	電話 ()
	住所(※2)	〒 —	電話 ()
	加入医療保険 (夫)	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 ()	
		【保険者番号】	【区分】本人・被扶養者
	加入医療保険 (妻)	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 ()	
	【保険者番号】	【区分】本人・被扶養者	
申請額	金 円	(本人負担額の1/2で、1年度上限5万円)	

※1：夫婦の住所を記入する。

※2：単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入する。

【申請書類】 ◎申請の際に健康保険証(夫婦2人分)を確認します。ご持参ください。

1. 知立市一般不妊治療費補助金交付申請書(様式第1)
2. 知立市一般不妊治療費補助事業に関する同意書(様式第1別紙)
3. 知立市一般不妊治療費補助事業受診等証明書(様式第2)
4. 領収書：原本
(コピーの場合は原本と相違ないか確認後原本を返却する為、原本とコピーを合わせて申請)
5. 請求書

【以下該当者のみ必要】

1. 夫と妻が異なる場所に住所を有する場合、夫婦関係が証明できる書類(戸籍謄本)
2. 事実婚関係にある人は、治療当事者両人が重婚でないか証明できる書類(両人の戸籍謄本)、同世帯であるか証明できる書類及び事実婚関係に関する申立書(様式第3)

知立市一般不妊治療費補助事業に関する同意書

令和 年 月 日

知立市長様

対象者

本籍地

都・道・府・県

夫氏名

妻氏名

私たちは、知立市一般不妊治療費補助金に係る下記の事項について同意します。

記

補助金交付の審査のために必要な次の事項の閲覧することに関する説明書

補助金を交付するのに必要な要件を確認するため、次の事項について閲覧します。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

- 1 住民基本台帳…(知立市内に住所を有することを確認します。)
- 2 戸籍…(法律上の御夫婦であること等を確認します。)

高額療養費支給に関する説明書

医療費の自己負担額が高額となった場合、一定の金額(自己負担限度額)を超えた部分が払い戻される高額療養費制度があります。

この高額療養費の支給を受けたかどうかの確認を、加入されている健康保険組合等の保険者へ確認することがあります。また、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、補助金の返還を求めることがありますのでご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

その他医療費助成に関する説明書

加入されている健康保険組合等によっては、独自に医療費を助成する制度がありますので、加入されている健康保険組合等の保険者へ確認することがあります。また、支給を受けたことが申請以前に確認できた場合、補助金の返還を求めることがありますのでご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

知立市一般不妊治療費補助事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療(又はその調剤)を実施し、これに係る医療(調剤)費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

医療機関記入欄(※主治医がご記入ください。)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		昭和 平成 年 月 日(歳)		昭和 平成 年 月 日(歳)
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日		
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
○当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入して下さい。				
<input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法(回) <input type="checkbox"/> 人工授精(回) <input type="checkbox"/> 手術療法(手術方法) <input type="checkbox"/> その他()・院外処方の有無(<input type="checkbox"/> 有り・ <input type="checkbox"/> 無し)				
本人負担額の内訳	区分	医療機関が徴収した本人負担額		薬局が徴収した本人負担額
		保険診療分	保険診療以外	
	年 3月分	円	円	円
	年 4月分	円	円	円
	年 5月分	円	円	円
	年 6月分	円	円	円
	年 7月分	円	円	円
	年 8月分	円	円	円
	年 9月分	円	円	円
	年 10月分	円	円	円
	年 11月分	円	円	円
	年 12月分	円	円	円
	年 1月分	円	円	円
年 2月分	円	円	円	
合計金額	① 円	② 円	③ 円	
〔今回の治療にかかった金額合計〕				
領収金額		円(上記本人負担額①~③の合計額となります。)		

- 注1 当該患者に関して行った不妊治療(体外受精及び顕微授精を除く。)に係るもののみご記入ください。
 注2 は該当項目をチェックしてください。
 注3 院外処方の有無が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
 注4 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないで下さい。

事実婚関係に関する申立書

年 月 日

下記二名については、事実婚関係にあります。

- ① 一般不妊治療費助成事業申請者の住所、氏名

住所 _____

氏名 _____

- ② 一般不妊治療費助成事業申請者の住所、氏名

住所 _____

氏名 _____

※別世帯になっている理由

(①と②が別世帯となっている場合には記入)

(知立市長) 殿

第 号
年 月 日

様

知 立 市 長

印

知立市一般不妊治療費補助金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった 年度の一般不妊治療費の
補助について、承認することとし、下記金額を補助することを決定したので
通知します。

補助することとした額 金 円

第 号
年 月 日

様

知立市長名

印

知立市一般不妊治療費補助事業不承認決定通知書

年 月 日付けで申請のあった 年度の一般不妊治療費の
補助について、不承認としましたので通知します。

不承認とした理由 のため

