

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	申請者	フリガナ																																																			
		氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日	(歳)																																													
		加入 医療保険	【区分】 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者 【保険者番号】 () 【保険者名】 () 【限度額認定区分】 <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ 【付加給付制度】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・高額療養費または付加給付金について、支給があった月に○を記入してください。																																																		
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 5%;">4月</td> <td style="width: 5%;">5月</td> <td style="width: 5%;">6月</td> <td style="width: 5%;">7月</td> <td style="width: 5%;">8月</td> <td style="width: 5%;">9月</td> <td style="width: 5%;">10月</td> <td style="width: 5%;">11月</td> <td style="width: 5%;">12月</td> <td style="width: 5%;">1月</td> <td style="width: 5%;">2月</td> <td style="width: 5%;">3月</td> </tr> <tr> <td>高額療養費</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>付加給付金</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	高額療養費													付加給付金												
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月																																									
高額療養費																																																					
付加給付金																																																					
対象者	配偶者	フリガナ																																																			
		氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日	(歳)																																													
		加入 医療保険	【区分】 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者 【保険者番号】 () 【保険者名】 () 【限度額認定区分】 <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ 【付加給付制度】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・高額療養費または付加給付金について、支給があった月に○を記入してください。																																																		
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 5%;">4月</td> <td style="width: 5%;">5月</td> <td style="width: 5%;">6月</td> <td style="width: 5%;">7月</td> <td style="width: 5%;">8月</td> <td style="width: 5%;">9月</td> <td style="width: 5%;">10月</td> <td style="width: 5%;">11月</td> <td style="width: 5%;">12月</td> <td style="width: 5%;">1月</td> <td style="width: 5%;">2月</td> <td style="width: 5%;">3月</td> </tr> <tr> <td>高額療養費</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>付加給付金</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	高額療養費													付加給付金												
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月																																									
高額療養費																																																					
付加給付金																																																					
		※申請者と住所が異なるとき	〒																																																		

【申請の際必要な書類】

- 知立市一般不妊治療費補助金交付申請書
- 知立市不妊治療費補助事業に関する同意書
- 知立市一般不妊治療費補助事業受診等証明書
- 医療保険の資格情報が分かるもの (マイナポータル画面や資格確認書等)
- 限度額認定区分が分かるもの (マイナポータル画面や限度額認定証)
- 領収書及び診療明細書の原本 (※原本の返却が必要な方はコピーもご提出ください)

【該当者のみ必要な書類】

- 戸籍謄本
(夫婦で住所や世帯が別の場合は夫婦で1枚)
- 事実婚関係の場合それぞれ1枚

- 事実婚関係に関する申立書 (事実婚の場合)
- 高額療養費、付加給付等の還付金額の分かるもの