

知立市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、知立市不妊治療費補助金に係る下記の事項について同意及び申告します。また、偽りやその他不正な手段等により補助金を受給していると判明した場合には、返還の義務があることについても同意します。

記

補助金交付の審査のために必要な次の事項を閲覧・照会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。

- ・住民基本台帳…治療期間中に本市に住所を有していること及び夫婦であることを確認します。
 - ・戸籍…法律上の夫婦であること(事実上婚姻関係にある場合には別の者と婚姻関係にないこと)を確認します。
- 今回の治療について、必要な範囲で医療機関へ照会することがあります。

受給歴について他自治体に確認を行うことに関する説明書

他の自治体から当市の交付状況について照会があった場合に情報提供することに同意します。また、以前にお住まいの自治体へ、また、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にあっても、お住まいの自治体にこの補助金の受給状況を確認することがあります。

高額療養費、保険者が任意に行う付加給付金等の支給に関する説明書

高額療養費、付加給付等(一部負担金払戻金、家族療養費付加金、一部負担還元金などの名称の場合もあります)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。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られることがあります。

※同一月(1日から月末まで)にかかった医療費の本人負担額が高額になった場合、高額療養費の申請が必要です。

ご不明な場合は、加入している健康保険組合等にご確認ください。

※高額療養費・付加給付等の支給があった場合、返還された金額が確認できる書類の写し(給付決定通知書や不妊治療費の本人負担額とそれ以外の診療分の本人負担額の詳細がわかるもの)の提出が必要です。