

知立市生殖補助医療費補助金交付申請書

知立市長

年 月 日

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 電話番号 _____

関係書類を添えて下記のとおり生殖補助医療費補助金の申請をします。

対象者	申請者	フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日						
		氏名			平成			(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。												
			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											
配偶者		フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日						
		氏名			平成			(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。												
			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	〒												
申請額		円 (下記事務局記入欄 A~Cの合計)												

- | | |
|--|---|
| 【申請の際必要な書類】
<input type="checkbox"/> 知立市生殖補助医療費補助金交付申請書
<input type="checkbox"/> 知立市不妊治療費補助事業に関する同意書
<input type="checkbox"/> 知立市生殖補助医療費補助事業受診等証明書
<input type="checkbox"/> 医療保険の資格情報が分かるもの(マイナポータルの画面や資格確認書等)
<input type="checkbox"/> 限度額認定区分が分かるもの(マイナポータルの画面や限度額認定証)
<input type="checkbox"/> 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】
<input type="checkbox"/> 戸籍謄本(夫婦で住所や世帯が別の場合は夫婦で1枚)
(事実婚関係の場合はそれぞれ1枚)
<input type="checkbox"/> 事実婚関係に関する申立書(事実婚の場合)
<input type="checkbox"/> 高額療養費、付加給付等の還付金額の分かるもの |
|--|---|

事務局 記入欄	保険診療分													
	①の金額													円 (上限10万円)千円未満の端数切捨
	治療年月の高額療養費+付加給付金			-										円 A 円
														円 × 0.5 =
事務局 記入欄	男性不妊治療分													
	②の金額													円 (上限10万円)千円未満の端数切捨
	治療年月の高額療養費+付加給付金			-										円 B 円
														円 × 0.5 =
事務局 記入欄	先進医療分													(上限10万円)千円未満の端数切捨
	③の金額													円 C 円
	申請回数	1	2	3	4	5	6							