

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・組各国保・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・組各国保・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)	

過去にこの補助金を受けたことがありますか。
 ない ・ ある → 過去 () 回受けた。平成・令和 () 年 () 月頃
 補助金を受けた自治体は (市町村 ・ その他())

申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
受給者番号			

注) 太枠の中をご記入ください。

※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。
(添付書類)

- 一般不妊治療費補助事業に関する同意書(様式第1別紙)
一般不妊治療費補助事業受診等証明書(様式第2)、領収書
- 法律上の婚姻をしている夫婦であること、または、事実婚関係であることを証明できる書類
- 住所地を証明する書類

◎ 申請の際に、健康保険証をお持ちください。

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。

- 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。)
- 戸籍…(法律上の御夫婦であること等を確認します。)

以前の受給歴について以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する説明書

この補助金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1夫婦あたりの支給額の上限が定められています。

県内の他市町村から転入された方は、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、この助成金の受給状況を確認す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。

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 (人工授精開始年月日)		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	医療機関徴収分			薬局徴収分		
		保険診療分			保険診療以外	本人負担額	
		医療費総額	人工授精に係る額	人工授精以外の額	本人負担額	人工授精に係る額	人工授精以外の額
	年 3月分	円	円	円	円	円	円
	年 4月分	円	円	円	円	円	円
	年 5月分	円	円	円	円	円	円
	年 6月分	円	円	円	円	円	円
	年 7月分	円	円	円	円	円	円
	年 8月分	円	円	円	円	円	円
	年 9月分	円	円	円	円	円	円
	年10月分	円	円	円	円	円	円
	年11月分	円	円	円	円	円	円
	年12月分	円	円	円	円	円	円
	年 1月分	円	円	円	円	円	円
年 2月分	円	円	円	円	円	円	
合計金額	円	① 円	② 円	③ 円	④ 円	⑤ 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①~⑤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。
 2 は該当項目をチェックしてください。
 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。
 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。

様式第6(第9条関係)

様式第3(第6条関係)

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