

(表)

別記様式第1号(第7条関係)

関市一般不妊治療費助成申請書

年 月 日

関市長 様

申請者 住所
(※1) 氏 名 印
電話番号
FAX番号

一般不妊治療費の助成を受けたいので、関市一般不妊治療費助成事業実施要綱第7条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、書面に掲げる「確認すべき事項」について、同意します。(※2)

記

| | | | | | |
|---|----------------|--|--|-------------|--|
| 対 象 者 | | | (ふりがな) 氏 名 | 生年月日 | |
| | 夫 | | () | 年 月 日生 (歳) | |
| | 妻 | | () | 年 月 日生 (歳) | |
| | 住所(※3) | | 〒 電話番号 () FAX番号 () | | |
| | 加入 医療 保険 | 夫 | 【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 () 【保険名称】() 【保険者番号】() 【被保険者番号】() 【区分】本人・被扶養者 | | |
| 妻 | | 【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 () 【保険名称】() 【保険者番号】() 【被保険者番号】() 【区分】本人・被扶養者 | | | |
| 過去の助成実績 | | 無 ・ 有 有る場合、()年度 助成金を受けた自治体(関市・ 市) | | | |
| 申請額 | | 金 円 | (50,000円を上限として1年度内に支払った本人負担額の1/2の額。1,000円未満切捨て。) (※4) | | |
| 一般不妊治療費助成金の交付の決定にあたり、裏面の確認すべき事項について関市が照会・確認することに同意します。 <p style="text-align: right;">(申請者の配偶者)</p> | | | | | |
| 申請者氏名 | | _____ 印 _____ 印 | | | |

<関市記入欄>

| | | | |
|---------|--|-------|--------|
| 申請受理年月日 | | 決定内容 | 承認・不承認 |
| 受給者番号 | | 決定年月日 | |

注) 太枠の中をご記入ください。

※1:口座名義人と同一の方が、自署・押印してください。関市内在住の方に限ります。

※2:裏面の「確認すべき事項」を必ずお読みください。

※3:単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

※4:1年度とは、3月から翌年2月までの診療分を指します。

(裏)

【 申請書類の提出について 】

関係書類

- (1) 関市一般不妊治療費助成事業受診等証明書（別記様式第2号）
- (2) 一般不妊治療を受けた医療機関及び医療機関からの処方により院外処方を受けた薬局等が発行した領収書
- (3) 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類（当該夫婦が同一世帯に属するときは、住民票の写し又は戸籍の全事項証明書若しくは謄本。この場合において、住民票の写しを添付したときは、次号の書類の添付は必要ないものとする。）
- (4) 夫及び妻の住所を確認できる書類（運転免許証又は健康保険被保険者証の写し）
- (5) 夫及び妻の前年度の所得を証明する書類（児童手当法施行令による控除が確認できる所得証明書又はその写し）

【 確認すべき事項について 】

- (1) 一般不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、本市が他の自治体へ照会すること。
- (2) 一般不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、他の自治体から本市に照会があったときに、これに回答すること。
- (3) 本市の住民であること並びに一般不妊治療の治療期間及び申請日に本市の住民であったこと。
- (4) 対象者の所得状況に関する資料を確認すること（前年所得の状況（1～5月の申請にあっては、前々年））。
- (5) 対象者の市税、保育料、水道料金、下水道使用料その他市に納付すべき金銭の納付状況を確認すること。
- (6) 治療状況等について医療機関及び調剤薬局等に照会すること。
- (7) 健康保険組合等の保険者の規約等により支給される不妊治療に関する任意の給付（付加給付）等について、保険者へ照会すること。なお、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返還を求めることがありますのでご承知ください。