

(表)

別記様式第1号(第7条関係)

年 月 日

関市長 様

申請者 住 所
(※1) 氏 名
電話番号
FAX番号

印

関市一般不妊治療費助成申請書

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。 申請者氏名【自署】 申請者の配偶者【自署】				

<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箋により薬剤を調剤した薬局等が発行した領収書
- (3) 夫婦であることを証明できる書類（戸籍の全事項証明書若しくは謄本）
- (4) 夫婦（事実婚の場合を除く。）の一方が市外の住民基本台帳に記録されている場合にあっては、その住所が確認できる書類
- (5) 事実婚関係等に関する申立書（別記様式第3号）。ただし事実婚の場合に限る。

【 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) 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。
- (4) 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。
- (5) 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。