

令和 年 月 日

人吉市特定不妊治療費助成事業申請書

(治療開始日が R4. 4. 1 以降 (保険適用開始以降) のもの)

人吉市長 松岡 隼人 様

(申請者) 氏 名 印

電話番号 - -

人吉市不妊治療費助成事業実施要項第 6 条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

|                                      |                          |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |  |  |  |  |  |    |                    |                                                        |                              |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------|--------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--|--|--|--|--|----|--------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 人吉市への特定不妊治療費助成事業申請回数 (保険適用後)         |                          |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |  |  |  |  |  | 回目 |                    |                                                        |                              |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 対象者                                  | 夫                        |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |  |  |  |  |  |    | 妻                  |                                                        |                              |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号                                 |                          |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |  |  |  |  |  |    |                    |                                                        |                              |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (フリガナ)<br>氏 名                        | ( )                      |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |  |  |  |  |  |    | ( )                |                                                        |                              |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| その他の世帯員                              |                          | 氏名 ( ) 生年月日 (昭和 平成 年 月 日)    |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |  |  |  |  |  |    |                    |                                                        |                              |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      |                          | 氏名 ( ) 生年月日 (昭和 平成 年 月 日)    |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |  |  |  |  |  |    |                    |                                                        |                              |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日                                 | 昭和・平成 年 月 日生 ( 歳 )       |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |  |  |  |  |  |    | 昭和・平成 年 月 日生 ( 歳 ) |                                                        |                              |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所                                  | 夫婦の住所が同じ場合は申請者の方のみ記入     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |  |  |  |  |  |    |                    |                                                        |                              |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      | 〒 - 人吉市                  |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |  |  |  |  |  |    | 〒 - 人吉市            |                                                        |                              |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 加入<br>医療保険                           | 種別                       | 国保 ・ 健保 ・ 船員<br>共済 ・ その他 ( ) |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |  |  |  |  |  |    |                    | 種別                                                     | 国保 ・ 健保 ・ 船員<br>共済 ・ その他 ( ) |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      | 区分                       | 本人 ・ 被扶養者                    |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |  |  |  |  |  |    |                    | 区分                                                     | 本人 ・ 被扶養者                    |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      | 保険者番号 ( )                |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |  |  |  |  |  |    | 保険者番号 ( )          |                                                        |                              |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      | 記号 ( ) 番号 ( )            |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |  |  |  |  |  |    | 記号 ( ) 番号 ( )      |                                                        |                              |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 婚姻年月日                                |                          | 年 月 日                        |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |  |  |  |  |  |    |                    |                                                        |                              |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 今<br>回<br>の<br>申<br>請<br>に<br>係<br>る | 治療期間                     |                              | 年 月 日から 年 月 日まで                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |  |  |  |  |  |    |                    |                                                        |                              |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      | 自己負担金<br>合計額             |                              | 円 (ア)                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |  |  |  |  |  |    |                    |                                                        |                              |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      |                          |                              | 内 訳                                                                                                                                                                                                                                                                     | 男性不妊治療費を除く負担額<br>円 |  |  |  |  |  |    |                    |                                                        |                              | 男性不妊治療費の負担額<br>円 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      | 高額療養費・<br>付加給付金の<br>支給有無 |                              | <input type="checkbox"/> 受けていない<br><input type="checkbox"/> 受けた (受診等証明書の領収金額には含まれない)<br><input type="checkbox"/> 受けた (受診等証明書の領収金額に含まれている)<br> → 高額療養費 ( ) 円 (イ)<br>→ 付加給付金 ( ) 円 (ウ) |                    |  |  |  |  |  |    |                    |                                                        |                              |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      |                          |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |  |  |  |  |  |    |                    |                                                        |                              |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請金額 (ア) - (イ) - (ウ)                 |                          |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |  |  |  |  |  |    |                    | 円                                                      |                              |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| その他助成の有無                             |                          |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |  |  |  |  |  |    |                    | <input type="checkbox"/> 本申請に係る治療に対し、他の市町村の助成を受けたことはない |                              |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(裏面もご確認ください)

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 同意欄 | <p>本申請の審査のため、市が以下事項について確認を行うことに同意します。</p> <p>① 助成要件審査のため、申請者夫婦及び世帯員に関する必要な住民基本台帳、市税の納付状況に関する情報を確認すること</p> <p>② 本申請の審査に必要な範囲で、医療機関、薬局へ治療内容等について確認すること</p> <p>③ 夫と妻が異なる住所を有する場合等、本申請の審査に必要な範囲で、他自治体へ助成金の受給状況について確認すること</p> <p>④ 本申請の審査に必要な範囲で、高額療養費等の支給を受けたか、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</p> |
|     | <p style="text-align: right;">氏名 _____</p>                                                                                                                                                                                                                                               |
|     | <p>※情報の取り扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。</p>                                                                                                                                                                                                                                                     |
|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

【添付書類】

- 1 特定不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- 2 特定不妊治療に係る領収書・明細書の写し
- 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（夫婦の住所地が異なる場合に限る）
- 4 加入する健康保険証の写し
- 5 高額療養費の写しまたは限度額適用認定書等の写し（該当者）
- 6 医療保険各法による付加給付金額が確認できるものの写し（該当者）

市記入欄

|                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 住民及び居住確認※申請日1年以上前から市に住民票及び居住（ <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 ） |
| <input type="checkbox"/> 治療開始日における婚姻確認（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ）                   |
| <input type="checkbox"/> 医療保険加入確認（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ）                        |
| <input type="checkbox"/> 治療開始日における妻年齢43歳未満（ <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 ）            |
| <input type="checkbox"/> 世帯において市税滞納がないこと（ <input type="checkbox"/> 滞納無し <input type="checkbox"/> 滞納有り ）           |
| <input type="checkbox"/> 支給上限額の確認（1回あたり5万円以内であること）（ <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 ）    |
| <input type="checkbox"/> 過去の支給回数                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> 初回助成時の治療期間初日における妻年齢40歳未満は通算6回まで： 過去助成 回                                                  |
| <input type="checkbox"/> 初回助成時の治療期間初日における妻年齢40歳以上は通算3回まで： 過去助成 回                                                  |
| <input type="checkbox"/> 申請期限※治療終了日から1年以内（ <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 ）             |
| <input type="checkbox"/> 受診等証明書の領収金額と領収明細書の金額が一致していること                                                            |