

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)	()										()								
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 医療保険	種別	国保 ・ 健保 ・ 船員 共済 ・ その他 ()										種別	国保 ・ 健保 ・ 船員 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 回 の 申 請 に 係 る	治療期間	年 月 日から 年 月 日まで																	
	自己負担金 合計額	円 (ア)																	
		内訳	男性不妊治療費を除く負担額 円										男性不妊治療費の負担額 円						
	高額療養費・ 付加給付金の 支給有無	☐ 受けていない ☐ 受けた→ 高額療養費 ()円 (イ) 付加給付金 ()円 (ウ)																	
申請金額 (ア) - (イ) - (ウ)												円							
その他助成の有無												☐ 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	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。 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 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 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 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
	氏名 _____ ※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。

【添付書類（申請時に提出）】

- 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 住民票 ※夫婦の住所が異なる場合のみ
- 4 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（戸籍抄本）
※夫婦の住所地が異なる場合のみ
- 5 加入する健康保険証の写し
- 6 高額療養費の写しまたは限度額適用認定書の写し（該当者）
- 7 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

☐ 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 （ ☐ 該当 ☐ 非該当 ）
☐ 治療開始日における婚姻確認 （ ☐ 有 ☐ 無 ）
☐ 医療保険加入確認 （ ☐ 有 ☐ 無 ）
☐ 治療開始日における妻年齢43歳未満 （ ☐ 該当 ☐ 非該当 ）
☐ 世帯において市税滞納がないこと （ ☐ 滞納無し ☐ 滞納有り ）
☐ 支給上限額の確認（1回あたり5万円以内であること） （ ☐ 該当 ☐ 非該当 ）
☐ 過去の支給回数 ☐ 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 ☐ 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
☐ 申請期限※治療終了日から1年以内 （ ☐ 該当 ☐ 非該当 ）
☐ 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