

人吉市一般不妊治療費助成事業申請書

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。

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)											
	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 () 記号() 番号()										保険者番号 () 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																					
自己負担金合計額	円 (ア)																					
今回の申請に係る 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																					
これまでの助成の 有無	これまで一般不妊治療に対し人吉市の助成を ☐ 受けたことがある ☐ 受けたことはない																					
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、高額療養費や付加給付金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 一般不妊治療費助成事業受診等証明書の写し
- 2 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の証明できる書類（戸籍謄本） ※夫婦の住所が異なる場合のみ
- 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等の写し（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)
☐	医療保険加入の確認	(☐ 有 ☐ 無)
☐	治療開始日において妻年齢41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)
☐	過去の本事業助成額(上限額:夫婦1組あたり4万円)	過去の通算助成額 円 (回)
☐	申請期限内であること(申請期限:治療終了日が属する年度内の申請であること。ただし治療終了日が3月の場合は翌4月末日まで) (☐ 期限内 ☐ 期限外)	
☐	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	