

様式第1号(第7条関係)

特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

三豊市長

様

申請者氏名

関係書類を添えて、次のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

助成対象者			加入医療保険			
夫	ふりがな	年 月 日 (歳)	【保険者名称】			
	氏名		【保険者番号】			
	生年月日		【被保険者の記号及び番号】			
妻	ふりがな	年 月 日 (歳)	【保険者名称】			
	氏名		【保険者番号】			
	生年月日		【被保険者の記号及び番号】			
住所(※1)		〒 電話 ()				
住所(※2) (夫・妻)		〒 電話 ()				
助成申請額		金 円		婚姻年月日		
				年 月 日		
過去に自治体から受けた特定不妊治療の助成の有無		<input type="checkbox"/> 特定不妊治療費の助成を受けたことはない。				
		<input type="checkbox"/> 特定不妊治療費の助成を受けたことがある。(受けた治療回数 回)				
		年度				
		自治体名				
		金額				
		年度				
		自治体名				
過去に助成を受けた後の出産(12週以降の死産を含む)の有無		出産前の助成回数をリセットすることができ、その場合は戸籍謄本(死産の場合は母子健康手帳のページの写し等)が必要です。				
		<input type="checkbox"/> 有	子の氏名	出生年月日	年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 無				

※1 夫婦の住所を記入してください。

裏面もあります→

※2 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

(住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいいます。)

添付書類については 裏面下部参照 →

(裏)

三豊市特定不妊治療費助成金事業に関する同意書

年 月 日

三豊市長 様

夫 住 所

氏 名 印

妻 住 所

氏 名 印

私たちは、三豊市特定不妊治療費助成事業に係る下記の事項について同意します。

記

1 市が助成金交付に係る審査のために必要な次の事項を閲覧すること。

- (1) 住民基本台帳又は外国人登録原票（本市に住所を有することを確認します。）
- (2) 戸籍（法律上の夫婦であることを確認します。事実婚の夫婦の場合は、重婚でないことを確認します。）
- (3) 市税等の納税状況

2 市が以前の受給歴について、以前お住まいの自治体に確認を行うこと。

（三豊市特定不妊治療費助成事業は、三豊市が実施する事業です。この助成金は、限られた公費予算から公正な支出を行うため、以前お住まいの自治体へ特定不妊治療費助成金の受給状況を確認することがあります。）

3 市が高額療養費支給の有無及び保険者が特定不妊治療費について任意に行う給付の有無について確認すること。

（高額療養費制度（医療費の自己負担額が高額となった場合、一定の金額（自己負担限度額）を超えた部分が払い戻される制度）により高額療養費が支給された場合及びご加入されている保険から特定不妊治療費について任意に行う給付を受けた場合においては、特定不妊治療費にかかった自己負担額からそれらの額を控除したものが助成の対象となります。そのため、これらの給付を受けたかどうかを、ご加入されている保険の保険者へ確認することがあります。また、支給を受けたことが申請時以降に確認された場合は、助成金の返還を求めることがあります。）

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 1 特定不妊治療費助成事業受診等証明書 (様式第2号・・・医療機関用 及び 様式第3号・・・保険薬局用)
	<input type="checkbox"/> 2 保険医療機関等が発行した特定不妊治療に要した費用の領収書及びその明細書
	<input type="checkbox"/> 3 夫婦の住所及び婚姻関係を確認できる書類（戸籍謄本、住民票の写し等） また事実上婚姻関係と同様の事情にある者にあつては、 事実上の婚姻関係に関する申立書（様式第4号）
	<input type="checkbox"/> 4 市税を完納していることを証明する書類
	<input type="checkbox"/> 5 高額療養費の支給額証明書（保険診療適用分の場合） (負担限度額認定証の交付を受けて治療をした場合は、その認定証)
	<input type="checkbox"/> 6 債権者登録申請書

※ 3 及び 4 については上記の同意書により省略できる場合があります。