

様式第1号（第8条第1項関係）

赤平市不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

赤平市長 様

申請者

住 所

氏 名

（口座名義人と同一の方が、自署）

関係書類を添えて、次のとおり不妊治療費の助成を申請します。

(フリガナ) 氏 名	(夫)	(妻)
生年月日	年 月 日生	年 月 日生
住 所	〒 電話番号	〒 電話番号 ※夫と同じ場合は記入不用
申請の種類	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 生殖補助医療	
一般不妊 治療費助成	一般不妊治療開始年月 (当事業の助成対象となった治療) 年 月	今回の助成年度 第1年度・第2年度・第3年度 第4年度・第5年度・第6年度
	①保険適用分自己負担額 _____ 円	申請額 _____ 円 (①+②-③-④) ※1年度上限10万円 ※4月から翌年3月までの診療分
	②保険適用外自己負担額 _____ 円	
	③付加給付支給額* _____ 円	
④今年度中に赤平市・他市町村から受けた 一般不妊治療費助成額 _____ 円		
生殖補助 医療費助成	初めて助成を受けた際の治療期間初日の妻の年齢 <input type="checkbox"/> 40歳未満 <input type="checkbox"/> 40歳以上43歳未満	通算 回目 (1子につき)
	①保険適用分自己負担額 _____ 円	申請額 _____ 円 (①+②-③) ※1回上限30万円
	②保険適用外自己負担額 _____ 円	
③付加給付支給額* _____ 円		
生殖補助 医療費助成 (男性不妊治療)	①保険適用分自己負担額 _____ 円	申請額 _____ 円 (①+②-③) ※1回上限15万円
	②保険適用外自己負担額 _____ 円	
	③付加給付支給額* _____ 円	

* 付加給付とは、健康保険組合などが法定の医療費負担に加えて独自に行う給付を言います。

申請するに当たり、市が助成の適否を決定するために、住民基本台帳情報、市税の納付状況等の個人情報を閲覧し確認すること、医療機関及び調剤薬局等へ照会すること、高額療養費制度等の利用状況について医療保険者へ照会することを承諾します。また、必要に応じて、他の市町村に対し、この申請に関する情報を照会し、又は提供することについて同意します。	氏名(夫) _____
	氏名(妻) _____

※夫婦両方の自署が必要です。

振込先	銀行 信用組合 信用金庫 農業協同組合	支店 出張所 本店	種目 普通預金 当座預金 その他	口座番号				
	口座名義人 (カタカナ)							

【添付書類】 ※一般不妊治療費、生殖補助医療費の両方の申請がある場合は、それぞれで申請してください。

- 1, 不妊治療医療機関受診等証明書
- 2, 治療及び調剤に係る領収書及び明細書
- 3, 夫及び妻の健康保険証の写し
- 4, 振込先の通帳の写し(金融機関・口座名義人・口座番号がわかる部分)
- 5, 事実婚関係にある場合: ①事実婚関係に関する申立書 ②戸籍謄本(全部事項証明書)発行日から3ヶ月以内