

様式第1号（第7条関係）

瑞浪市一般不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

瑞浪市長 様

申請者
住 所
氏 名
電話番号

関係書類を添えて、次のとおり瑞浪市一般不妊治療費助成金の交付を申請し、及び請求します。

助成対象者		(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日		
	夫	()	年 月 日	(歳)	
	妻	()	年 月 日	(歳)	
	夫と妻の住所が異なる場合は本欄に記入	〒 電話 ()			
申請額・請求額		金 _____ 円			
過去の助成の有無等		過去に、瑞浪市での一般不妊治療に係る助成を受けたことがありますか。(現在申請中のものも含みます。) ない ・ ある 時期 (年度)			
振込	金融機関名		(フリガナ) 口座名義人	種別	口座番号
	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所	()	普通 ・ 当座		

注記

- 1 太枠の中をご記入ください。
- 2 申請者は、市内在住の方に限ります。
- 3 裏面の「確認すべき事項」を必ずお読みください。

＜市記入欄＞

受給者番号		受付印	
交付・不交付 決定年月日			

(裏面あり)

添付書類

1. 一般不妊治療受診等証明書（様式第2号）
2. 一般不妊治療を受けた医療機関発行の領収書（原本）、明細書（あればお持ちください。）
3. 申請者名義の振込先が確認できる通帳（1～2ページ）のコピー
4. 高額療養費又は附加給付の支給を受けた場合は、その金額がわかるもの。

【以下該当する方のみ】

《事実婚関係にある方》

- ・事実婚関係に関する申立書（様式第3号）
- ・夫と妻それぞれの戸籍謄本
※戸籍謄本は原則申請日より3か月以内に発行されたもの

《世帯が異なる方》

- ・戸籍謄本（婚姻関係が分かるもの）
※原則申請日より3か月以内に発行されたもの

《加入している医療保険者から高額医療費・附加給付金の支給を受けた方》

- ・高額医療費・附加給付金の受給額を確認できる書類

誓約、同意事項

私たち2名は、瑞浪市一般不妊治療費助成事業実施規則第4条に規定する対象者であることを誓約するとともに、申請の適正を判断するために必要な場合は、市が次の内容を照会・確認することに同意します。

- 1 助成金の交付審査のために住民基本台帳を閲覧すること。
- 2 瑞浪市における市税の納付状況を確認すること。
- 3 治療状況等について医療機関及び調剤薬局等に照会すること。
- 4 医療保険者に高額療養費支給の有無及び不妊治療について任意に行う給付の有無について確認すること（医療費の自己負担額について、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高額医療費制度や、加入されている健康保険組合によっては独自に医療費を助成する制度がある場合がありますので、加入されている医療保険の保険者に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できた場合、助成金の返還を求めることがあります。）。

申請者氏名

申請者の配偶者

※夫及び妻が自署してください。
