

不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

瀬戸内市長 様

瀬戸内市不妊治療費助成金の交付を受けたいので、瀬戸内市不妊治療費助成金交付要綱第 6 条の規定により、次の事項に同意した上、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

申請に当たり公簿により申請者及び申請者の夫又は妻の住民基本台帳の記載事項及び市税の納付状況について確認されること、並びに、助成決定に必要な場合において、他の自治体に対して助成の有無等、医療機関等に対して治療内容等及び医療保険者に対して高額療養費との支給等について照会されることに同意します。

記

|              |                                                                               |                                    |                            |       |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------|-------|
| 申請者          | フリガナ                                                                          |                                    | 生年月日                       | 年 月 日 |
|              | 氏 名                                                                           | 男・女                                |                            |       |
|              | 住 所                                                                           | 〒                                  | 電話番号                       |       |
|              | 加入している医療保険(※1)                                                                | 医療保険者名                             | ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ （いずれかに○） |       |
|              |                                                                               | 限度額適用区分                            |                            |       |
|              | 市税の納付状況                                                                       | <input type="checkbox"/> 滞納はありません。 |                            |       |
| 他の自治体からの支給状況 | <input type="checkbox"/> 当該不妊治療の医療費に対し他の自治体から同様の助成を受けていません。<br>また受ける予定もありません。 |                                    |                            |       |
| 申請者の夫又は妻     | フリガナ                                                                          |                                    | 生年月日                       | 年 月 日 |
|              | 氏 名                                                                           | 男・女                                |                            |       |
|              | 住 所                                                                           | 〒                                  | 電話番号                       |       |
|              | 加入している医療保険(※1)                                                                | 医療保険者名                             | ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ （いずれかに○） |       |
|              |                                                                               | 限度額適用区分                            |                            |       |
|              | 市税の納付状況                                                                       | <input type="checkbox"/> 滞納はありません。 |                            |       |
| 他の自治体からの支給状況 | <input type="checkbox"/> 当該不妊治療の医療費に対し他の自治体から同様の助成を受けていません。<br>また受ける予定もありません。 |                                    |                            |       |

(※1) 加入している医療保険は、治療期間中のものを書いてください。不妊治療を受けていない場合は記入不要です。  
限度額適用区分は、限度額認定証もしくはマイナ保険証（マイナポータル）で確認または加入している医療保険者へお問い合わせください。

不妊治療を受けた医療機関

|          |  |
|----------|--|
| 医療機関の名称  |  |
| 医療機関の所在地 |  |

様式第 1 号 (第 6 条関係) 裏面

## 高額療養費・付加(附加)給付の状況

|                     |                                                                                                                                                                       |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 高額療養費の状況<br>(※2)    | <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた・受ける予定がある   →受給額(                      円)<br><input type="checkbox"/> 限度額認定証等の提示により医療機関窓口で限度額までの自己負担を支払った |
| 付加(附加)給付の有無<br>(※2) | <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた・受ける予定がある   →受給額(                      円)                                                                 |

(※2) 受給の要件や受給の有無・受給額等が不明な場合は、加入している医療保険者へお問い合わせください。

不妊治療に医療費及び申請額等

|                                             |     |                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 不妊治療に係る医療費の医療機関等へ支払った額(自己負担額)<br>* 保険適用分に限る | 円…① | <ul style="list-style-type: none"> <li>・「受診証明書」に記載のある領収金額(自己負担額)の合計額と同額になります。</li> <li>・院外処方がある場合、「調剤証明書」に記載のある領収金額(自己負担額)の合計額を含めます。</li> <li>・医療機関等から発行された「領収書(診療明細書)」のうち不妊治療に係る医療費(保険適用分)を自己負担額分として支払った額の合計と一致します。</li> </ul> |
| 高額療養費の受給額                                   | 円…② | ・該当する場合、上記「高額療養費の状況」の受給額と同額になります。                                                                                                                                                                                               |
| 付加(附加)給付の受給額                                | 円…③ | ・該当する場合、上記「付加(附加)給付の有無」の受給額と同額になります。                                                                                                                                                                                            |
| 助成対象経費                                      | 円…④ | ①－②－③                                                                                                                                                                                                                           |
| 助成申請額                                       | 円   | ④の額が10万円を上回る場合は、10万円。                                                                                                                                                                                                           |

【添付書類】

- ☐ 不妊治療費助成金に係る**受診**証明書(様式第 2 号)
- ☐ 不妊治療費助成金に係る**調剤**証明書(様式第 3 号) ※当該治療に係る院外処方がある場合
- ☐ 保険医療機関及び保険薬局の発行した生殖補助医療に係る領収書及び明細書の写し
- ☐ 各保険者から発行される高額療養費又は付加(附加)給付の受給額の分かるもの  
※当該治療に係る高額療養費又は付加(附加)給付の支給を受ける場合
- ☐ 法律上の婚姻関係にあることを証明する書類又は事実婚関係に関する申立書(様式第 4 号)
- ☐ 夫婦の住所が確認できる書類 (住民票の写しなど)
- ☐ その他市長が必要と認める書類( )