

阿蘇市不妊治療費助成金交付申請書

阿蘇市長様

申請者 _____ 印

阿蘇市不妊治療費助成金交付要綱第6条の規定により下記のとおり申請します。
 なお、助成金の交付に関して必要な住民基本台帳等について調査、閲覧することについて同意します。

記

申請の種類		以下のいずれかに証明書（第2号様式）の種類に基づきチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療		
夫 (パートナー)	(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	〒	電話	
	加入 保険	【種別】 国保・健保・共済・船員 【記号・番号】 _____ 【区分】 本人・被扶養者		
妻 (パートナー)	(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	〒	電話	
	加入 保険	【種別】 国保・健保・共済・船員 【記号・番号】 _____ 【区分】 本人・被扶養者		
自己負担額		_____ 円 (ア) (生殖補助医療で男性不妊治療を実施した場合の内訳) 男性不妊治療費分を除く額 _____ 円 男性不妊治療分の額 _____ 円		
今回申請する治療費について、高額療養費、付加給付金の支給を受けましたか 受けていない ・ 受けた (イ) → 高額療養費 (_____) 円 付加給付金 (_____) 円				
申請額 (ア) - (イ)		_____ 円		
過去の助成金 受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	「有」の場合、過去に助成を受けた自治体及び助成額		
		自治体名 (本市含む)	時期	助成額 (円)
				円
				円

【裏面も必ずご記入ください】

自己負担金額等確認書

(1) 自己負担額の内訳

	男性不妊を除く自己負担額	支給の有無※	男性不妊の自己負担額	支給の有無※
受診者氏名		/		/
医療機関名		/		/
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
年 月分	円		円	
小 計				
合 計	円			

※「高額医療費」・「付加給付金」等の支給があった場合は、○をご記入ください。

(2) 「高額医療費」・「付加給付金」等の「限度額適用認定書・付加給付内容証明書」の交付を受けていますか。

- 受けていない
 受けている → 認定書・証明書の写しの提出も必要です。

【添付書類】

- 医療機関受診等証明書（様式2号1から4）
 ※ 保険薬局で投薬を受けた方は、医療機関の証明書とは別に薬局の証明書の提出も必要です。
 不妊治療に係る領収書の写し
 市税等の滞納のない証明書
 医療保険証の写し
 事実婚関係に関する申立書(様式第3号)
 ※ 事実婚の方のみ

注) 阿蘇市で住民票の確認が取れない場合は、住民票や戸籍謄本等の提出が必要です。