

★ 注意

稲沢市不妊治療費補助金交付申請書

※ 申請者と様式第 4 の請求者・口座名義人の 3 か所は、同一人で記入してください。

※ 電話番号は日中つながりやすい番号(携帯電話等)を記入してください。

受付番号 _____

年 月 日

稲沢市長 殿

ここだけ記載してください

申請者 住所 稲沢市稲沢町前田 365 番地 16

氏名 稲沢 太郎 (口座名義人と同一)

電話番号 090 (▲▲▲▲) ●●●● (日中つながる電話番号)

関係書類を添えて下記のとおり稲沢市不妊治療費補助金の交付を申請します。

記

Table with columns for name (ふりがな), name (氏名), and birth date (生年月日). Rows include husband (夫) 稲沢 太郎, wife (妻) 稲沢 花子, address (住所), and insurance information (加入医療保険).

当該医療費に対する付加給付を受けた金額 (※ 3) _____ 円

<不妊治療の診療月に、ご自身(不妊治療)の自己負担が 2 万 1 千円以上の場合はお答えください>
■上記、診療月において、ご自身(不妊治療以外の治療)または、同じ保険証をお使いのご家族で、2 万 1 千円以上の自己負担はしましたか?
①(はい・いいえ) → ①がはいの場合
お名前: (続柄:)
お名前: (続柄:)

※ 1 : 夫婦の住所を記入する。
※ 2 : 単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等夫婦の住所が異なる場合に記入する。
※ 3 : 保険者から高額療養費以外の給付金(付加給付)を受けた場合、金額が確認できるものをお持ちください。

稲沢市一般不妊治療費補助金事業に関する同意書

枠内に記載してください。

年 月 日

稲 沢 市 長 殿

対 象 者
住 所 **稲沢市稲沢町前田 365 番地 16**
本 籍 地 **稲沢市稲沢町前田 365 番地 16**
※番地まで詳細にご記入ください
夫 氏 名 **稲沢 太郎**
妻 氏 名 **稲沢 花子**

私たちは、稲沢市不妊治療費補助金に係る下記の事項について同意します。

記

補助金交付の審査のために必要な次の事項の閲覧及び取得することに関する説明書

補助金を交付するのに必要な要件を確認するため、次の事項について閲覧及び取得します。
なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

- 1 住民基本台帳…(本市に住所を有することを確認します。)
- 2 治療内容等…(医療機関に照会する場合があります。)
- 3 高額療養費、付加給付金等の支給状況等…(保険者に照会する場合があります。)

受給状況についてお住まいの自治体に確認を行うことに関する説明書

ご夫婦のどちらかが他市町村に住民票がある方は、お住まいの自治体へ、受給状況を確認することがありますので御承知ください。

<高額療養費の申請について>

※該当箇所には○をつけてください。

高額療養費の申請はしましたか?

はい ・ いいえ

○ **限度額適用認定の申請済み**

<高額療養費・付加給付金等の支給について>

限度額適用認定のかたで、支給されるか不明な場合は、加入している保険組合等にご確認ください。

支給があった場合:○ 申請中(支給予定)の場合:△ をご記入ください。 ※支給等がなければ空欄

3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
○			○	○	○	○					○

※不妊治療診療月に、「高額療養費」・「付加給付金」が支給されている場合、「支給決定通知書」(保険組合等が発行する証明書)の提出(コピー可)が必要です。

※「高額療養費」・「付加給付金」の支給待ちの場合は、支給後、「支給決定通知書」(保険組合等が発行する証明書)を本市へ提出後に、補助金の支払いとなります。

※この高額療養費の支給を受けたかどうかの確認を、加入されている健康保険組合等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できた場合、補助金の返還を求めることがありますので御承知ください。

これは見本です。何も書かないでください。

(様式第2)は医療機関が記載します。

<医療機関の方へ>

- 別紙の様式第2の該当箇所をすべて記載し、受診者に渡してください。
- 申請には、薬局徴収分についても、領収書及び明細書が必要となりますので、発行をお願いいたします。(発行に費用が発生する場合は、受診者負担となります。)

<受診者の方へ>

- 医療機関に上記の<医療機関の方へ>を見せ、別紙の様式第2を記載してもらい、受け取ってください。
- お手元にある領収書及び、明細書の不妊治療補助制度対象金額と、様式第2の記載金額がすべて合致していることを確認して、申請してください。合致しない場合、申請できない場合があります。

見本

様式第2(第7案関係)

稲沢市不妊治療費補助事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり不妊治療(又はその調剤)を実施し、これに係る医療(調剤)費(本人負担額)を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

医療機関記入欄(主治医がご記入ください。)

受診者氏名	夫()	妻()							
受診者生年月日	昭和 年 月 日(歳)	昭和 年 月 日(歳)							
貴医療機関における治療開始年月日	年 月 日								
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
○当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入して下さい。 <input type="checkbox"/> 人工授精()回 <input type="checkbox"/> 体外受精 ※胚移植の回数()回 <input type="checkbox"/> 顕微授精 ※胚移植の回数()回 <input type="checkbox"/> 手術療法(手術方法) <input type="checkbox"/> その他()									
・院外処方の有無(<input type="checkbox"/> 有り・ <input type="checkbox"/> 無し)									
自己負担額の 内訳	一般不妊治療(不妊検査・一般不妊治療・人工授精等)		生殖補助医療(体外受精・顕微授精等)						
	区分	医療機関徴収分		薬局徴収分		医療機関徴収分		薬局徴収分	
		医療点数	自己負担額	医療点数	自己負担額	医療点数	自己負担額	医療点数	自己負担額
	年3月分	点	円	点	円	点	円	点	円
	年4月分	点	円	点	円	点	円	点	円
	年5月分	点	円	点	円	点	円	点	円
	年6月分	点	円	点	円	点	円	点	円
	年7月分	点	円	点	円	点	円	点	円
	年8月分	点	円	点	円	点	円	点	円
	年9月分	点	円	点	円	点	円	点	円
	年10月分	点	円	点	円	点	円	点	円
	年11月分	点	円	点	円	点	円	点	円
	年12月分	点	円	点	円	点	円	点	円
年1月分	点	円	点	円	点	円	点	円	
年2月分	点	円	点	円	点	円	点	円	
計	点	円	点	円	点	円	点	円	
【今回の治療にかかった金額合計】									
領収金額 円(上記本人負担額①~④の合計額となります。)									

注1 当該患者に関して行った不妊治療に係るもののみご記入ください。
注2 □は該当項目をチェックしてください。
注3 院外処方の有無が「有り」の場合、「自己負担の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
注4 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。
注5 保険診療の不妊治療を対象とします。(自費診療分は対象外。)
備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

稲沢市不妊治療費補助金交付請求書

令和 年 月 日

ここだけ記載してください。

稲沢市長 殿

請求者 住 所 稲沢市稲沢町前田 365 番地 16

氏 名 稲沢 太郎

一般不妊治療費補助金を次のとおり請求します。

請 求 金 額	円		
交 付 決 定 年 月 日	年 月 日	指 令 第	号
交 付 決 定 額	請求者と口座名義人は同一人で記載してください。		
振 込 先	金融機関名	●● 銀行 稲沢支 店 農 協 信用金庫	
	口 座 種 類	普通 当座	口 座 番 号 ▲▲▲▲▲▲
	ふ り が な	いなざわ たろう	
	口 座 名 義 人	稲沢 太郎	