

稲沢市不妊治療費補助金事業交付申請書

受付番号 \_\_\_\_\_

年 月 日

稲沢市長 殿

申請者  
住所

氏名  
(口座名義人と同一)

電話番号 ( )

(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

対象者		(ふりがな) 氏名	生年月日
	夫	( )	昭和 年 月 日生 ( 歳) 平成
	妻	( )	昭和 年 月 日生 ( 歳) 平成
	住所(※1)	〒 -	電話 ( )
	住所(※2)	〒 -	電話 ( )
	加入医療保険(夫)	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者	
	加入医療保険(妻)	【種別】市町村国保・組国保・健保・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 ( ) 【区分】本人・被扶養者	
申請額	金 円	本人負担額の全額(上限 25 万円)	

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? ※世帯合算等にて、高額療養費に該当する可能性があります。  
 ①(はい・いいえ) → ①がはいの場合  
 氏名: \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)  
 氏名: \_\_\_\_\_ (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。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。