

稲沢市不妊治療費補助金事業に関する同意書

年 月 日

稲沢市長 殿

対象者
住所
本籍地
氏名(夫)
氏名(妻)

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を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○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・付加給費金等の支給について>

限度額適用認定の方で、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

Table with 12 columns representing months from 3月 to 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)を本市へ提出した後に、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、加入されている保険組合等の保険者へ確認することがあります。なお、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。