

★ **注意**

稲沢市不育症治療費等補助金交付申請書

※ **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育症治療費等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	(いなざわ たろう) 稲沢 太郎	昭和 平成 ●●年 ●月 ●日生 (●●歳)
	妻	(いなざわ はなこ) 稲沢 花子	昭和 平成 ●●年 ●月 ●日生 (●●歳)
	住所(※1)	〒492 - 8217 稲沢市稲沢町前田 365 番地 16 電話 090 (▲▲▲▲) ●●●●	
	住所(※2)	〒 - ※夫婦で住所が違う場合のみ記入 電話 ()	
者	加入医療保険(夫)	【保険者番号】 () 【保険者名称】 ()	【区分】 本人・被扶養者
	加入医療保険(妻)	【保険者番号】 () 【保険者名称】 ()	【区分】 本人・被扶養者
過去の申請有無	過去に本事業の補助金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去()回受けた。 時期が分かる場合のみ記入 → 1回目()年()月頃 2回目()年()月頃		
申請理由	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 流産・死産 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> その他(上限金額の到達)		
申請額	金 円	(1回の治療あたり上限15万円)	

※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。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

稲沢市不育症治療費等補助金事業に関する同意書

年 月 日

稲沢市長 殿

住所は番地まで正確に記載してください。

対象者
住所 稲沢市稲沢町前田 365 番地 16
氏名(夫) 稲沢 太郎
氏名(妻) 稲沢 花子

私たちは、稲沢市不育症治療費等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・付加給付金支給に関する説明書

医療費の自己負担額が高額となった場合、一定の金額(自己負担限度額)を超えた部分が払い戻される高額療養費制度があります。

この高額療養費の支給と、付加給付金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。

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。

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>

- 1 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。
- 2 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>

- 1 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。
- 2 お手元にある領収書及び、明細書の不育症治療費等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、申請できないことがあります。

見本

様式第2 (第7条関係)

稲沢市不育症治療費等補助金事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり不育症検査・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。)

〔ふりがな〕 受診者氏名	夫	()	妻	()				
受診者生年月日	昭和 平成	年 月 日(歳)	昭和 平成	年 月 日(歳)				
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日							
検査内容 <small>該当するものにチェックし、記入してください。</small>	<input type="checkbox"/> 免疫異常に関する検査 (検査名:) <input type="checkbox"/> 内分泌異常に関する検査 (検査名:) <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常に関する検査(検査名:) <input type="checkbox"/> 子宮形態異常に関する検査 (検査名:) <input type="checkbox"/> その他(検査名:)							
不育症治療の理由	<input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 子宮形態異常 <input type="checkbox"/> その他(詳細:)							
不育症治療等の内容								
自己負担額の内訳	区分	不育症検査		不育症治療(保険診療分のみ)				
		保険診療分		保険診療以外の本人負担額		医療機関徴収分		薬局徴収分
	医療点検	①	②	医療点検	③	医療点検	④	
		自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	自己負担額	
	年 月分	点 円	円	点 円	円	点 円	円	
	年 月分	点 円	円	点 円	円	点 円	円	
	年 月分	点 円	円	点 円	円	点 円	円	
	年 月分	点 円	円	点 円	円	点 円	円	
	年 月分	点 円	円	点 円	円	点 円	円	
	年 月分	点 円	円	点 円	円	点 円	円	
	年 月分	点 円	円	点 円	円	点 円	円	
	年 月分	点 円	円	点 円	円	点 円	円	
	年 月分	点 円	円	点 円	円	点 円	円	
	年 月分	点 円	円	点 円	円	点 円	円	
計	点 円	円	点 円	円	点 円	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 当該患者に関して行った不育症検査・治療に係るもののみご記入ください。
備考 用紙の大きさは、日本産薬規格A4とする。

稲沢市不育症治療費等補助金交付請求書

年 月 日

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**

ここだけ記載してください

稲沢市不育症治療費等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