

志木市早期不妊治療費助成事業申請書兼請求書

年 月 日

志木市長 様

次のとおり、標記助成事業における助成支給を申請します。

また、助成要件確認のため、市が保有する住民基本台帳の公簿、他自治体、当該申請に関する不妊治療を実施した医療機関並びに申請者が加入している医療保険者に照会することに同意します。

申請者 (夫)	ふりがな		生 年 月 日	年 月 日 ( ) 歳
	氏 名	ⓐ		
	現住所	〒		
	電話番号	【自宅・携帯・その他( )】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入		
申請者 (妻)	ふりがな		生 年 月 日	年 月 日 ( ) 歳
	氏 名	ⓐ		
	現住所	〒		
	電話番号	【自宅・携帯・その他( )】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入		
不妊治療期間	年 月 日～ 年 月 日			
夫婦双方の健康保険 組合等からの当該治 療に対する給付はあ りますか	高額療養費 はい ・ いいえ	「はい」の場合 給付額 ((A) ) 円 ※支給決定通知書を添付してください。		
	付加給付金 はい ・ いいえ	「はい」の場合 給付額 ((B) ) 円 ※支給決定通知書を添付してください。		
世帯合算等の確認事項				
①当該医療費の他に同月に1医療機関で医療費が21,000円以上かかった方はいますか？				
【本人】 <u>はい ・ いいえ</u>				
【同じ健保に加入している家族】 <u>はい ・ いいえ</u>				
②当該医療費の他に過去1年間で3回以上、医療費が高額療養費の上限に達していますか？				
【本人】 <u>はい ( 回) ・ いいえ</u>				
【同じ健保に加入している家族】 <u>はい ( 回) ・ いいえ</u>				
支給要件の確認事項				
①過去に同事業の助成を受けておらず、今回が初めての申請でですか？（全国の市町村も含む）				
<u>はい ・ いいえ</u>				
②過去に生殖補助医療または男性不妊治療を行ったことがなく、今回が初めての治療ですか？				
<u>はい ・ いいえ</u>				
申請額	(不妊治療費-(A)-(B) 又は5万円のいずれか少ない額を記載)  円 (千円未満切り捨て)			

※上記太枠内を御記入ください。

←裏面も記入ください。

振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協				本店 支店（支所） 出張所
	預金の種類	普通 当座	フリガナ			
			口座名義人	(夫または妻の名義の口座を記入)		
口座番号					(口座番号は右詰記入)	

※上記太枠内を御記入ください。

市記入欄

申請受理 年月日	令和 年 月 日	受給者 番号			
要件確認	<input type="checkbox"/> 婚姻	<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 初回助成		
助成結果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	助成対象額 円	支給決定額 円	承認・不承認年月日 年 月 日	