

岩倉市一般不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

岩 倉 市 長 殿

申 請 者
住 所
氏 名
電話番号

関係書類を添えて下記のとおり一般不妊治療費の助成を申請します。
記

| | | | |
|-------------|---------------|--|-------------|
| 対 象 者 | | (ふりがな) 氏 名 | 生年月日 |
| | 夫 | () | 年 月 日生 (歳) |
| | 妻 | () | 年 月 日生 (歳) |
| | 住所(※1) | 〒 — | 電話 () |
| | 住所(※2) | 〒 — | 電話 () |
| | 加入医療保険 (夫) | 【種別】市町村国保・組合国保・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・組合国保・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1/2で、1年度上限4万5千円) | |
| 申請診療期間 | 年 月診療分から | | 年 月診療分 |

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 過去にこの助成金を受けたことがありますか。 ない ・ ある → 過去 () 回受けた。 () 年 () 月頃 内容を確認の上、□にチェックしてください。 □一般不妊治療費の助成に必要な住民基本台帳に関する情報について閲覧することについて同意します。 □一般不妊治療受診等証明書の内容について医療機関等に照会することに同意します。 □付加給付の内容について加入保険者等に照会することに同意します。 |
|---|

| | | | |
|---------|--|-------------------|--|
| 申請受理年月日 | | (承認・不承認) 決定年月日 | |
| 受給者番号 | | 助成決定金額 | |

注) 太枠の中をご記入ください。

※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。

(添付書類) 1. 一般不妊治療費助成事業受診等証明書、領収書(原本)、請求書

2. 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類又は、事実婚関係にある男女については、治療当事者両人が重婚でないか証明できる書類(戸籍謄本)、事実婚関係に関する申立書

3. 住所地を証明する書類(住民票)

*ただし同意により確認が取れる場合は、2～3の添付が必要ない場合もあります。

◎ 申請の際に、健康保険証をお持ちください。