

土岐市一般不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

土岐市長 様

申請者
住 所
氏 名
電話番号

関係書類を添えて次のとおり一般不妊治療費の助成金の交付を申請し、及び請求します。

対象者		(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日		
	夫	()	年 月 日 (歳)		
	妻	()	年 月 日 (歳)		
	夫と妻の住所が異なる場合は、本欄に記入	〒	電話 ()		
申請額・請求額		金 円 (※ ただし、1年度3万円を限度とする。)			
過去の助成の有無等 (該当する箇所には○を付けるか、又はご記入ください。)		過去に、土岐市での一般不妊治療に係る助成を受けたことがありますか。(現在申請中のものも含みます。) ない ・ ある 時期 () 年度)			
振込先	金融機関名		(フリガナ) 口座名義人	種別	口座番号
	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	()	普通 当座	

注記 太枠の中をご記入ください。

記入に関する注意事項

- 1 申請者は、市内在住の方に限ります。
- 2 裏面の「確認すべき事項」を必ずお読みください。

《市記入欄》

申請受付年月日		交付・不交付決定年月日	
受給者番号			

(裏面あり)

添付書類

- 1 一般不妊治療受診等証明書（別記様式第2号）
- 2 一般不妊治療を受けた医療機関発行の領収書（原本）、明細書（あればお持ちください）
- 3 振込先が確認できる通帳（1～2ページ）のコピー

【以下該当する方のみ】

《事実婚関係にある方》

- ・事実婚関係に関する申立書（別記様式第3号）
- ・夫と妻それぞれの戸籍謄本
※戸籍謄本は原則申請日より3か月以内に発行されたもの

《世帯が異なる方》

- ・戸籍謄本（婚姻関係が分かるもの）
※原則申請日より3か月以内に発行されたもの

《加入している医療保険から付加給付金・高額療養費の支給を受けた方》

- ・付加給付金・高額療養費の受給額を確認できる書類

誓約・同意事項

申請の適正を判断するために必要な場合は、次の内容の照会・確認することに同意します。

- 1 市が、土岐市一般不妊治療費助成事業のため、住民基本台帳を閲覧すること。
- 2 土岐市における市税等の納税状況を確認すること。
- 3 市が、治療状況等について医療機関及び調剤薬局等に照会すること。
- 4 市が、高額療養費支給の有無及び保険者が不妊治療について任意に行う給付の有無について確認すること（医療費の自己負担額について、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や、加入されている健康保険組合によっては独自に医療費を助成する制度がある場合がありますので、加入されている健康保険組合の保険者に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、助成金の返還を求めることがあります。）。

申請者氏名

（申請者の配偶者）

(夫及び妻が自署)