

土岐市一般不妊治療費助成申請書兼請求書

年 月 日

土岐市長 様

申請者（※口座名義人と同一の方が自署・押印してください。）

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を申請し、及び請求します。

申 請 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 ( )		
治療費の自己負担相当額(A) 当該治療に係る付加給付額(B) 申請額 ((A)-(B))×1/2 (請求額) ( _____ 円 - _____ 円 ) × 1/2 = _____ 円 (直接治療に要した費用) (治療に直接要した費用の2分の1の額とし1,000円未満の端数は切り捨て。ただし、1年度5万円を限度とする。)					
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、他の都道府県・市町村から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まれます。) ・ ない ・ ある (ある場合、自治体名 _____ 回数 _____ )			
加 入 医 療 保 険	夫	【種別】 国保・健保・船員・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 _____ 【区分】 本人・被扶養者 【保険名称】 _____ 【記号番号】 _____			
	妻	【種別】 国保・健保・船員・共済・その他 ( ) 【保険者番号】 _____ 【区分】 本人・被扶養者 【保険名称】 _____ 【記号番号】 _____			
振 込 先	金融機関名		(ふりがな) 口座名義人	種別	口座番号
	銀行	本店	( )	普通 当座	
	金庫	支店			
	農協	出張所			

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 口座名義人と同一の方が、自署・押印してください。(土岐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。
- 3 1年度とは、3月から翌年2月までの診療分を指します。

(裏面あり)

## 添付書類

- 1 土岐市一般不妊治療費助成事業受診等証明書（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 ※原本とコピーをご持参ください。（原本照合した後、原本はお返しします。）
  - 3 夫及び妻の住所を確認できる書類
  - 4 夫及び妻の所得額及び課税額を証明する書類
- ※ なお、次の確認事項に同意され、土岐市で確認できる場合は、3は省略可能です。

## 確認すべき事項について

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、一夫婦あたりの支給額の上限が決められています。転入された方について以前にお住まいの自治体にこの助成金の以前の受給状況を照会するなど、助成金を交付するために必要な事項について照会・確認をさせていただくことがありますので、ご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

## 確認事項1

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 一般不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、土岐市が他の自治体へ照会すること。
- 2 一般不妊治療費助成事業の助成金交付状況について、他の自治体から土岐市に照会があったときに、これに回答すること。
- 3 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 健康保険組合等の保険者の規約等により支給される不妊治療に関する任意の給付（付加給付金）等について、保険者へ照会すること。なお、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のでご承知ください。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ (申請者の配偶者)

\_\_\_\_\_ ㊟ \_\_\_\_\_ ㊟  
(夫及び妻が自署又は記名押印)

## 確認事項2

土岐市一般不妊治療費助成金の額算定のため、申請者世帯の住民登録記載事項及び課税状況の確認、土岐市における市税等の納税状況を確認することに同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ (申請者の配偶者)

\_\_\_\_\_ ㊟ \_\_\_\_\_ ㊟  
(夫及び妻が自署又は記名押印)

## 《市記入欄》

申請受付年月日	年 月 日
交付・不交付 決定年月日	年 月 日
受給者番号	