

## 犬山市特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

犬山市長

〒

住所

申請者 氏名

電話 ( )

関係書類を添えて下記のとおり特定不妊治療費・不妊治療費（先進医療）の助成を申請します。

私たちは、本申請において、犬山市長が住民基本台帳又は外国人登録原票、戸籍の照会及び閲覧することに同意します。また、今回の治療について、必要な範囲内で保険者や医療機関等へ照会することや、他の自治体から本市の交付状況について照会があった場合に情報提供することに同意します。加えて、偽りその他不正な手段等により助成を受けていると判明した場合には、返還の義務があることについても同意します。

## 記

|                                    |                                                                             |               |              |      |                    |   |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|------|--------------------|---|
| ふりがな                               |                                                                             |               | 夫の           | 年    | 月                  | 日 |
| 夫の氏名                               |                                                                             |               | 生年月日<br>(年齢) | ( 歳) |                    |   |
| ふりがな                               |                                                                             |               | 妻の           | 年    | 月                  | 日 |
| 妻の氏名                               |                                                                             |               | 生年月日<br>(年齢) | ( 歳) |                    |   |
| ※夫婦一方の住所が申請者の住所と異なる場合は、その異なる住所を記入。 |                                                                             |               | 〒 電話 ( )     |      |                    |   |
| 加入医療保険<br>(夫)                      | 【種別】 市町村国保・組合国保・健保・共済・その他 ( )<br>【保険者名称】 ( ) 【被保険者記号番号】 ( )<br>【区分】 本人・被扶養者 |               |              |      |                    |   |
| 加入医療保険<br>(妻)                      | 【種別】 市町村国保・組合国保・健保・共済・その他 ( )<br>【保険者名称】 ( ) 【被保険者記号番号】 ( )<br>【区分】 本人・被扶養者 |               |              |      |                    |   |
| 治療途中に医療保険の変更はありましたか                |                                                                             |               |              |      | あり・なし              |   |
| 今回の治療期間                            |                                                                             | 年 月 日 ～ 年 月 日 |              |      |                    |   |
| 医療機関名                              |                                                                             |               |              |      |                    |   |
| 口座<br>振込先                          | 金 融 機 関 名                                                                   |               | 支 店 名        |      |                    |   |
|                                    | 種 別                                                                         | 普通 ・ 当座       | 口座番号         |      |                    |   |
|                                    | ( ふ り が な )<br>口 座 名 義 人                                                    | ( )           |              |      |                    |   |
| A 補助対象経費のうち、対象者が負担した額              |                                                                             |               |              |      | 円                  |   |
| B 高額療養費・付加（附加）給付金                  |                                                                             |               |              |      | 円                  |   |
| C 今回の治療について、他自治体からの助成額             |                                                                             |               |              |      | 自治体名： 市・区・町・村<br>円 |   |
| D 補助金交付申請額（D＝A－B－C）                |                                                                             |               |              |      | 円                  |   |

※1：夫婦の住所を記入する。（電話番号については日中連絡がとれる番号を記入してください。）

※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。

※3：高額療養費制度の対象となる場合、自己負担額から高額療養費制度により支給された額を控除した額が、助成する額となります。各保険者に高額療養費制度の申請をした後に、犬山市へ申請をしてください。

様式第1（第6条関係）

【添付書類】

1. 犬山市特定不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2）
2. 治療計画書
3. 領収書・診療明細書（原本）
4. 戸籍謄本（法律上の婚姻をしている夫婦であること及び入籍日を証明できる書類）  
〈高額療養費の該当のある者〉
5. 高額療養費に関する書類（高額療養費支給決定通知書等）  
〈夫婦で住所が異なる場合〉
6. 住民票  
〈事実婚関係にある者〉
7. 事実婚関係に関する申立書（様式第3）

◎ 申請の際に、ご夫婦の保険資格がわかるもの（資格確認書、資格確認のお知らせなど）、振込み先の口座番号を確認できるもの（通帳）をお持ちください。

〈職員確認欄〉

☐ 住基（夫： 年 月 日～ 妻： 年 月 日～）

☐ 治療期間中の転入の 無 ・ 有 （ 年 月 日 市より転入）

※ 単身赴任等で夫婦のどちらかの住民票が市外にある場合は、戸籍の全部事項証明書が必要

☐ 夫婦の保険資格がわかるもののコピー

|         |  |                   |  |
|---------|--|-------------------|--|
| 申請受理年月日 |  | (承認・不承認)<br>決定年月日 |  |
| 受給者番号   |  |                   |  |