

様式第1号（第6条関係）

受給者番号	1							—		(市記入欄)
-------	---	--	--	--	--	--	--	---	--	--------

高砂市特定不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

高砂市長 様

関係書類を添えて次のとおり特定不妊治療費の助成を申請します。

また、この申請書記載の「他の自治体での助成状況」について、高砂市が他の自治体及び健康保険者へ照会することについて同意します。 (注1) 太枠の中をご記入ください。

申請者	ふりがな									
	氏名	夫	※夫の自書						妻	※妻の自書
	生年月日		年	月	日	(歳)		年	月	日 (歳)
	携帯電話									
	住所	〒 高砂市 電話 _____								
<p>過去に高砂市の特定不妊治療費の助成を受けたことがありますか。 いいえ ・ はい → 過去 () 回受けた 前回申請 年 月</p> <p>今回の申請に関して、他の自治体の特定不妊治療費の助成を受けましたか。 いいえ ・ はい → _____ 市・町</p> <p>今回の申請に関して、高額療養費制度の限度額適用認定証の交付を受けましたか いいえ ・ はい → 限度額適用認定証の写しを添付 <input type="checkbox"/> 高砂市が健康保険者から申請者の給付情報等を得ることに同意します (チェック欄に <input checked="" type="checkbox"/>)</p>										
申請金額		円								
振込先 ※1 ※2	金融機関	銀行 本店 信金・信組 支店 農協・労金 出張所						口座 名義人		
	口座番号	普通・当座								
市記入欄	転入日	夫	年	月	日	妻	年	月	日	
	決定年月日	年 月 日						判定	承認	
	決定額	円							不承認 ()	
	金融機関コード	支店コード								

※1 口座名義人は、申請者のうちのどちらかの個人名義であることとします。
 ※2 この申請書の提出により、申請者両方が上記振込先への助成金の振込みに同意したものとみなします。

【添付書類】

高砂市特定不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第2号）

医療機関の発行する領収書（明細書もあれば添付）

男性不妊治療を行った場合は、その医療機関が発行した領収書及び明細書

夫婦であることを証明する書類

①法律上夫婦の場合は、戸籍謄本※

②事実婚の場合は、それぞれの戸籍謄本・申立書※

※3か月以内に発行されたもの。コピー不可。

夫及び妻の医療保険被保険者証の写し

夫及び妻の市税の滞納がないことが分かる書類（完納証明書、直近の納税証明書

（市民税、固定資産税及び軽自動車税を含む。）など

限度額適用認定証の写し ※高額療養費制度を受けた場合に限る。