

山県市特定不妊治療費助成申請書

年 月 日

山県市長 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。（申請回数： 回）

婚姻の状況	<input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚	フリガナ 氏 名	生 年 月 日
対 象	夫		年 月 日 (歳)
	妻		年 月 日 (歳)
者	住 所	〒 電話 ()	
	※1夫と妻の住所が異なる場合は記入	〒 電話 ()	
<特定不妊治療保険対象分> 治 療 費 (A) 金 円		<男性不妊治療保険対象分> 治 療 費 (A) 金 円	
自 己 負 担 分 (B) 金 円		自 己 負 担 分 (B) 金 円	
高 額 療 養 費 限 度 額 (C) 金 円		高 額 療 養 費 限 度 額 (C) 金 円	
申請額内訳 ※申請額が一月に(C)の金額を超えた場合は(C)の金額			
	治療費	自己負担額	申請額
年 月	円	円	円
月	円	円	円
月	円	円	円
月	円	円	円
月	円	円	円
月	円	円	円
合計申請額 金 円			
(A) 添付の証明書の領収書から入院費・管理(保存)料を差し引いた額			
(B) 保険適応内の治療に係る自己負担分			
(C) 高額療養費限度額認定証による金額			
申請の適正を判断するために、必要な場合は、山県市が保有する情報の利用、山県市以外の自治体に対する申請(助成)に係る情報の照会及び提供並びに医療機関に対する治療内容等の照会について、同意します。			
また、本申請に係る所得額の確認にあたり、夫婦の税務資料の閲覧についても承諾します。			
※2 申 請 者 氏 名 (自署) _____			
申請者の配偶者氏名 (自署) _____			
加入医療保険による付加給付の有無	ない・ある (ある場合、_____円)		
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、 <u>山県市以外の市町村</u> から特定不妊治療にかか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 (ある場合、自治体名_____ 助成の時期 _____年 _____月)		

(裏)

注)太線の中をご記入ください。

※1 夫婦の住所が異なる場合とは、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいう。

※2 申請者は、山県市に住民票がある夫又は妻が署名してください。

(添付書類) ※裏面に標記

1. 山県市特定不妊治療等証明書(様式第2号)
2. 特定不妊治療を受けた医療機関発行の領収書(治療期間内のもの)
3. 夫及び妻の住所を確認できる書類
4. 高額療養費限度額認定証