

一般不妊治療費助成申請書

年 月 日

(宛先)加賀市長

申請者 住 所 〒 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

- 1 加賀市不妊治療費助成事業実施要綱に基づき、一般不妊治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。
- 2 本申請に係る治療費に対して、他の自治体の助成を受けません。

申請者	①氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日生
パートナー	②氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日生
住所	③ ①と②の住所が異なる場合、パートナーの住所	(パートナー) 〒 _____		
	④ 助成を申請している最初の診療月の1年前の住所	〒 _____		
	⑤ ④の住所以降、過去1年間に居住した市町名			
振込先	⑥ 金融機関名	銀行・金庫・農協 店		
	⑦ 預金種別・口座番号	普通・当座	口座番号	
	⑧ 口座名義人(申請者と同一)	(フリガナ) _____		
⑨ 不妊治療に要した本人負担額	円(A)			
⑩ ⑨に対する健康保険等からの附加給付の額	円(B)			
⑪ ⑨に対する高額療養費	円(C)			
⑫ 助成申請額	円(A) - ((B) + (C))			
⑬ 必ず添付する書類	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療医療機関受診等証明書 (保険薬局で投薬を受けた方は、薬局からの証明書も必要です。) <input type="checkbox"/> 治療費に係る領収証、明細書、請求書及び高額療養費の支給額がわかるもの <input type="checkbox"/> 申請者及びパートナーそれぞれの加入健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 事実婚関係にある場合は、事実婚関係に関する申立書 <input type="checkbox"/> 市税等納付状況調査同意書			
⑭ 個人情報の確認に対する同意	本申請の審査に必要な範囲で、戸籍、住所及び医療機関に対する治療内容等、加入する保険者に対する健康保険限度額適用認定区分等の照会を確認することに			<input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。
⑮ ⑭で同意しない場合又は加賀市に住所を有しなかった場合等により確認できない場合に添付する書類	<input type="checkbox"/> 戸籍抄本 <input type="checkbox"/> 住民票			

※注意事項 1 必要に応じて内容を確認することがありますので、電話は日中の連絡先をご記入ください。  
 2 必要に応じて上記添付書類以外にも書類の提出を求めることがあります。  
 3 必要に応じて助成実績等について、転出入先の市町に確認をすることがあります。