

不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

申請日を記入
してください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

射水市長

下記の事項に同意の上、関係書類を添えて不妊治療費助成金を申請及び請求します。
記

- 1 助成金の交付要件を確認するため、市が申請者の個人情報をご公簿等で確認すること。
- 2 市が申請者の個人情報を公簿等で確認できない場合は、市からの要請に基づき関係書類を市に提出すること。

〔〕内をもれなく記入してください。

日中連絡のできる携帯番号
を記入してください。

保険者名称及び限度額適用
区分を記入してください。

提出前に書類が揃っているか
必ず確認してください。

申請年度中に射水市で受けた助成
決定額の合計を記入してください。

高額療養費や付加給付等、保険者から
支給を受けた額を記入してください。

夫または妻名義の口座を
記入してください。

申請者	夫	妻	
	フリガナ イミズ タロウ	イミズ ハナコ	
	氏名 射水 太郎	射水 花子	
	生年月日 昭和 〇〇年 〇月 〇日	平成 ××年 ×月 ×日	
	住所 〒930-△△△△ 射水市〇〇 ▲▲番地 (TEL090-△△△△-△△△△)※日中連絡可能な電話番号	〒930-△△△△ 射水市〇〇 ▲▲番地 (TEL090-▽▽▽▽-△△△△)※日中連絡可能な電話番号	
保険者名称 〇〇△△健康保険組合 限度額適用区分 (<input type="checkbox"/>)	□□◇◇共済組合 限度額適用区分 (<input checked="" type="checkbox"/>)		
夫婦のいずれか一方が市内に住所を有していないときはその理由			
不妊治療を受けた医療機関名		ムズムズクリニック	
今回本人負担額(A)	金 90,000 円	既交付額(B)	金 20,000 円
国又は県から交付される助成金がある場合はその交付決定額(C)	金 円	医療保険給付金等がある場合はその金額(D)	金 10,000 円
(C)(D)以外に不妊治療を受けたことに対する給付金等がある場合はその金額(E)	金 円	①限度額-(B) ②(A)から(C)(D)(E)を除いた額 ①、②のうち小さい金額が交付請求額となります。	

今回交付請求額 金 記入しないでください 円

添付書類	1 不妊治療費助成事業受診証明書
	2 医療保険各法に規定する被保険者、組合員、加入者又は被扶養者たることを証する書類
	3 不妊治療費領収書及び診療内容のわかる明細書の原本
	4 国又は県から交付される助成金等がある場合は、その交付決定通知書の写し等
	5 高額療養費や付加給付等の医療保険給付金等がある場合は、その金額が確認できる書類の写し、限度額適用認定証等
	6 その他 ()

振込先	金融機関名	支店等名	預金種別	口座番号							口座名義(カナ)
	いみず 銀行 金庫 組合 農協	支店 出張所	1普通	1	2	3	4	5	6	7	イミズ ハナコ
	金融機関コード	支店コード	2当座								
	〇 × 〇 ×	◇ ◇ ◇									