

天童市不妊治療費助成事業申請書

年 月 日

天童市不妊治療費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、助成決定に当たり、裏面に掲げる「確認事項」について、同意します。

(注) 太枠内をご記入ください。

申請者			夫		妻	
	(フリガナ) 氏名		()		()	
	生年月日 今回の治療開始時の年齢		年 月 日生 (歳)		年 月 日生 (歳)	
	電話		()		()	
			日中連絡が付きやすい連絡先 (夫 ・ 妻) ※○をつけてください			
	加入 医療保険	種別	国保・健保・共済・その他		国保・健保・共済・その他	
		保険者番号				
区分		本人 ・ 被扶養者		本人 ・ 被扶養者		
住所		〒 -				
※夫婦別住所の場合記入 住所(夫・妻)						
内容	申請の種類		<input type="checkbox"/> 生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 <input type="checkbox"/> 先進医療			
	院外処方		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
振込先口座	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協				本店・支店・出張所
	金融機関コード			店番号		
	フリガナ 口座名義			口座種別	普通・当座・その他 ()	
		口座番号				
申請金額 (f + g)						円

処理欄 (記入しないでください)

	生殖補助医療 (先進医療除く)	男性不妊治療 (先進医療除く)	先進医療
a 本人負担額	円	円	本人負担額 円
b 高額療養費給付額等	円	円	
c 山形県不妊治療医助成金	円	円	
a-b-c	d 円	e 円	g 申請額 ※上限20万
f 申請額(d+e) ※上限10万			

【天童市不妊治療費助成事業に関する確認事項】

助成金を交付するのに必要な事項について、照会確認させていただく場合がありますので、ご承知おきください。

1. 住所及び婚姻関係の有無を確認するために、夫婦の住民基本台帳情報を確認すること
2. 夫婦の市税等の滞納の有無の閲覧、確認すること。
3. 治療状況等について医療機関及び調剤薬局等に照会すること。
4. 健康保険組合等から支給される不妊治療に関する任意の給付（付加給付）等について、保険者に照会すること。なお、支給を受けたことが申請以降に確認できた場合、助成金の返還を求められることがありますのでご承知おきください。
5. 不妊治療費本人負担額助成事業の助成金交付状況について、他の自治体に助成金の給付状況の照会すること、また他の自治体から天童市に照会があった時、これに回答すること。