

岩見沢市不妊治療費助成事業申請書

岩見沢市長 様

申請年月日 年 月 日

申請者氏名

関係書類を添えて、下記のと通りの助成を申請します。

不妊治療費助成事業による助成の交付状況について岩見沢市が他の自治体へ照会すること、不妊治療の実施に関して指定医療機関及び調剤薬局等へ照会すること、高額療養費制度等の利用状況について医療保険者へ照会すること、住民基本台帳及び市税等について調査することについて同意します。

夫	フリガナ	生年 月日	年 月 日 (歳)	
妻	フリガナ	生年 月日	年 月 日 (歳)	
住 所		〒 電話 ()		
住 所 ※住所が異なる場合記入		〒 電話 ()		
加入医療保険 (夫)	【種別】 【保険者番号】() 【区分】本人・被扶養者			
加入医療保険 (妻)	【種別】 【保険者番号】() 【区分】本人・被扶養者			
今回の治療内容	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 生殖補助医療			
高額療養費制度等	<input type="checkbox"/> 今回申請する不妊治療で高額療養費等の給付を受けていない <input type="checkbox"/> 今回申請する不妊治療で高額療養費等の給付を受けている			
助成金交付申請額		円 (下記cの2/3、円未満の端数切捨て)		
a 対象治療に要した自己負担額		円		
b 付加給付額 (高額療養費支給額等)		円		
c 助成対象不妊治療費 (a - b)		円		
振 込 先	金融機関名	銀行・信金・農協 店	口座番号	普通 当座
	(フリガナ) 口座名義	※申請者と同一		

【添付書類】

- 岩見沢市不妊治療費助成事業受診等証明書及び領収書・明細書
- 法律上の婚姻をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある場合は、事実婚関係に関する申立書

◎申請の際に、健康保険証（夫婦分）及び振込先の通帳の写しをお持ちください。

<裏面の注意事項もご覧ください>

<裏面>

(不妊治療費助成事業申請にあたっての注意事項)

1. 申請書は夫婦のうちどちらか一方がまとめて申請してください。
2. 一般不妊治療費、生殖補助医療費の両方の申請がある場合は、それぞれで申請してください。
3. 申請者と振込先の名義人を同一にしてください。
4. 記載事項を訂正するときは、すべてに訂正印を押してください。ただし、申請書の助成金交付申請額の訂正はできませんので、間違いのないようにご記入ください。
5. **助成金交付申請額**は、不妊治療に要した医療費（または調剤費）の自己負担額の3分の2です。高額療養費制度またはその他の医療費軽減制度の対象となる場合は、その制度を利用後の自己負担額の3分の2となります。円未満の端数が生ずるときは、その端数を切り捨てた額をご記入ください。