

小矢部市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 小矢部市長

申請者

住所 小矢部市

(電話 - -)

夫氏名

妻氏名

小矢部市不育症治療費助成金交付事業実施要綱第4条の規定に基づき、助成金の交付を受けたいので、下記の事項に同意の上、関係書類を添えて申請します。

記

1 助成金申請額 年度分 円

2 同意事項

- (1) 助成要件の確認のため、担当職員が住民票を閲覧し、市税等の納税状況について税務関係課から報告を受けること。
- (2) 自己負担額の確認のため、小矢部市が医療保険者又は他の自治体に対し、不育症治療に係る保険給付金又は助成金の支給状況を照会し、回答を受けること。
- (3) 助成金の交付を受けた後において、新たに当該助成金の算定の基礎となった自己負担額から差し引かれるべき金銭があることが判明したときは、当該差し引かれるべき金銭の額に相当する額を小矢部市に返還すること。

3 助成金の振込先(夫婦いずれか一方の名義の口座)

金融機関名			店名				
預金種別	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号					
(フリガナ) 口座名義人	()						

4 治療を受けた人の被保険者資格情報

☐医療保険に加入市確認済

氏名	医療保険者名称

添付書類(該当するものにレ点を記入)

- ☐ 小矢部市不育症治療費助成金事業受診等証明書(様式第2号)
- ☐ 不育症治療に係る領収書および明細書
- ☐ (支給された場合) 高額療養費、付加給付金等支払われた額を確認できる書類
- ☐ (支払われた場合) その他自己負担額の補填を目的として支払われた金銭の額を確認できる書類
- ☐ (事実婚関係にある夫婦又は同一世帯にない夫婦のみ) 夫婦の戸籍謄本の写し
- ☐ (事実婚関係にある夫婦のみ) 事実婚関係に関する申立書(様式第2号の2)