

常滑市一般不妊治療費等助成金交付申請書

平成 年 月 日

常滑市長 様

申請者 住 所 常滑市

氏 名 印

電 話 (0569) -

常滑市一般不妊治療費等助成金交付要綱第8条第1項の規定により、次のとおり常滑市一般不妊治療費等助成金の交付を申請します。

※太枠内を記入してください。

		申請回数	1. 2. 3. 4. 5 回目
対 象 者	住 所	(フリガナ) 氏 名	生年月日
	夫	()	昭和 平成 年 月 日
	妻	()	昭和 平成 年 月 日
本 籍 地			
加入医療保険	夫	【保険者名】 () 【保険者番号】 () 【区分】 本人・被扶養者 【記号】 () 【番号】 ()	
	妻	【保険者名】 () 【保険者番号】 () 【区分】 本人・被扶養者 【記号】 () 【番号】 ()	
1. 今回申請分の一般不妊治療費等について、保険者から給付を受けている、又は受ける予定がありますか。(あり・なし) 2. 過去に他市町村で一般不妊治療費の助成を受けたことがありますか。(あり・なし) 助成を受けたことがある方 → 助成を受けた市町村名 () 助成を受けた時期・回数 ()			
交 付 申 請 額		円	申請受理年月日
交 付 決 定 額		円	
決 定 年 月 日		(交付・不交付)	
受 給 者 番 号			

常滑市一般不妊治療費等助成金交付事業受診等証明書

次の者については、一般不妊治療(又はその調剤)を実施し、これに係る医療(調剤)費(本人負担額)を徴収したことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関の名称
所在地
主治医氏名

印

(フリガナ) 受診者氏名	夫	()	妻	()	
受診者生年月日		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日	
貴医療機関における治療開始年月日		平成 年 月 日			
今回の治療期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日				
○当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入してください。					
<input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査		<input type="checkbox"/> 精液検査			
<input type="checkbox"/> タイミング療法		<input type="checkbox"/> 精巣生検			
<input type="checkbox"/> 排卵誘発法(回)		<input type="checkbox"/> 人工授精(回)			
<input type="checkbox"/> 手術療法(手術方法)					
<input type="checkbox"/> その他()					
・院外処方の有無(<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし)					
本人負担額の内訳	区分	医療機関徴収分		薬局徴収分	
		保険診療分		保険診療以外の 本人負担額 ②	本人負担額 ③
	医療費総額	本人負担額 ①			
	年 3月分	円	円	円	円
	年 4月分	円	円	円	円
	年 5月分	円	円	円	円
	年 6月分	円	円	円	円
	年 7月分	円	円	円	円
	年 8月分	円	円	円	円
	年 9月分	円	円	円	円
	年10月分	円	円	円	円
	年11月分	円	円	円	円
	年12月分	円	円	円	円
	年 1月分	円	円	円	円
年 2月分	円	円	円	円	
【今回の治療にかかった金額合計】					
領収金額		円(上記本人負担額①～③の合計額となります。)			

注1 当該患者に関して行った不妊治療(体外受精及び顕微授精を除く。)に係るもののみ記入してください。
 注2 □は該当項目をチェックしてください。
 注3 院外処方の有無が「あり」の場合は、「本人負担額の内訳」の「薬局徴収分」の欄に、当該患者が持参する薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
 注4 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費でない費用は含まないでください。

常滑市一般不妊治療費等助成金交付事業に関する同意書

平成 年 月 日

常滑市長 様

住 所 常滑市

夫氏名 印

妻氏名 印

私たちは、常滑市一般不妊治療費等助成金交付事業に係る下記の事項について同意します。

記

1 助成金交付に係る審査のために必要な次の事項を閲覧すること。

- (1) 住民基本台帳又は外国人登録原票（本市に住所を有することを確認します。）
- (2) 戸籍（法律上のご夫婦であることを確認します。）
- (3) 前年の所得（1月から5月の申請にあつては前々年の所得）（支給要件として所得制限がありますので、所得状況を確認します。）

2 以前の受給歴について、以前にお住まいの自治体に確認を行うこと。

常滑市一般不妊治療費等助成金交付事業は、愛知県一般不妊治療費助成事業実施要綱を受けて常滑市が実施する事業です。この助成金は限られた公費予算から公正な支出を行うため、1夫婦当たりの助成額の上限（1年間につき5万円まで）、助成回数の上限（1年間分の助成金交付を1回とし、合計5回（5年間分）まで）が定められています。愛知県内の他市町村から転入された方で、以前の自治体において一般不妊治療費等に係る助成を受けている場合には、その分も含めて1年間につき5万円、合計5年間分が上限となります。そのため、以前にお住まいの市町村へ一般不妊治療費等助成金の受給状況を確認することがあります。

3 高額療養費支給の有無及び保険者が一般不妊治療費等について任意に行う給付の有無の確認を行うこと。

高額療養費制度（医療費の自己負担額が高額となった場合、一定の金額（自己負担限度額）を超えた部分が払い戻される制度）により高額療養費が支給された場合及びご加入の保険者が一般不妊治療費等について任意に行う給付を受けた場合においては、一般不妊治療費等にかかった自己負担額からそれらの額を控除したものが助成の対象となります。そのため、これらの給付を受けたかどうかを、ご加入の保険者へ確認することがあります。また、支給を受けたことが申請時以降に確認された場合は、助成金の返還を求めることがあります。