

氷見市特定不妊治療費助成金交付申請書

年 月 日

氷見市長 あて

(申請者)
住 所
氏 名
電 話

申請者及び配偶者（パートナー）は裏面の同意事項に同意の上、関係書類を添えて下記のとおり氷見市特定不妊治療費助成金を申請します。

夫	住 所	〒								
	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)						
妻	住 所	〒								
	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)						
不妊治療を受けた医療機関名										
不妊治療に要した金額 今回の治療における自己負担金額		①	円	先進医療に係る金額 ※①のうち先進医療に係る金額		②	円			
①－②の金額		③	円	既先進医療費交付金額 ※申請年度中に本市で受けた交付決定額		④	円			
「②の金額」と「50万円－ ④の金額」のうち小さい金額		⑤	円	③と⑤の合計金額		⑥	円			
受診証明書発行に要した金額 ※2万円を超える場合は2万円		⑦	円	医療保険給付金等の金額 高額療養費や付加給付金等の給付金額		⑧	円			
富山県不妊治療費助成交付額 今回の治療における助成交付額		⑨	円	助成申請額 (⑥ + ⑦) - (⑧ + ⑨)			円			
該当に ✓を入れて 確認 記入 ください	<input type="checkbox"/> 保険診療	高額療養費限度額適用認定証の有無 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 高額療養費該当の有無 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/> 先進医療	先進医療実施の有無 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/> 保健診療の上限を 超えた保険外診療	富山県特定不妊治療費助成事業による助成を受けていますか いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> → 今年度の助成回数 回目								
	<input type="checkbox"/> 他市町村における 助成	今回申請する特定不妊治療の費用について他の自治体から助成を受けていますか いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> → 市町村名 ()								
振 込 先 ※	金 融 機 関 名	銀行・金庫・信組 信連・農協 漁協・漁協連			本・支店 本・支所 出張所					
	預 金 種 別	普通・当座	口 座 番 号 (右 詰 記 入)							
	フリガナ 口座名義									

同意事項

- 1 助成金の交付要件を確認するため、申請者及び配偶者（パートナー）の同一世帯員における市税等の納入状況、住民基本台帳の情報、加入保険等に規定する他の助成や他市町村での助成の有無について市が確認すること。

（※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高額療養費制度や、加入されている健康保険組合によって独自に医療費を助成する付加給付金制度があります。この支給を受けたかどうかを加入されている健康保険組合の保険者に確認することがあります。また支給を受けたことが申請後に判明した場合、助成金の返還を求めることがあります。）

- 2 市が申請者の情報を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。
- 3 この事業による受給者人数、妊娠数及び出生児数等について全数、年齢別及び治療別に集計して公表する可能性があること。（※個人情報は公表しません。）
- 4 申請日において申請者及び配偶者（パートナー）の両方又はいずれか一方が氷見市に1年以上住所を有している又は1年以上有する見込みであること。