

銚田市長 様

## 銚田市不妊治療費助成金交付申請書

銚田市不妊治療費助成金の交付を受けたいので、銚田市不妊治療費助成金交付要綱第5条の規定に基づき関係書類を添えて申請します。

なお、必要がある場合に、申請に係る必要事項(戸籍・住民基本台帳等及び税の納付状況、所得区分等)について、所管職員が確認することに同意します。

代表申請者	住 所	銚田市		
	氏 名	Ⓜ		
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
	電話番号			
配偶者 (夫婦の別/夫・妻)	住 所	<input type="checkbox"/> 代表申請者と同じ		
	氏 名			
	生年月日	昭和・平成	年	月 日

対象者区分	保険適用	保険適用外	
不妊治療費が保険適用非該当の理由		<b>【保険適用非該当の理由】</b> <input type="checkbox"/> 治療開始年齢超過のため (妻治療開始日年齢_____歳) <input type="checkbox"/> 治療回数超過のため(妻治療開始日年齢_____歳/回数_____回)	
申請額 助成額	自己負担額 _____ 円 高額療養費等給付額 _____ 円 助成金額 _____ 円	自己負担金 _____ 円 7 割 分 _____ 円 助成金額 _____ 円 (自己負担分の7割額と上限額を比較して低いほうの額)	
治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
銚田市の助成	令和4年4月1日以降に助成を受けたことがありますか ない・ある →前回の内容(申請 年 月 / _____ 円)		
代表申請者 振込先	金融機関名	信用金庫 銀行・組合	支店 出張所
	種別・番号	普通・当座	
	フリガナ		
	口座名義人		

## 【添付書類】

必ずお持ちいただくもの	該当する方のみ
<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証の写し(マイナ保険証変更まで) <input type="checkbox"/> 領収書等(原本還付 有・無) <input type="checkbox"/> 銚田市不妊治療費助成事業受診等証明書 <input type="checkbox"/> 未納がないことの証明書又は非課税証明書(夫・妻) <input type="checkbox"/> 振込口座の確認できるもの	<input type="checkbox"/> 各医療保険法の規定による給付額が確認出来る書類 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本(事実婚・夫婦別居) <input type="checkbox"/> 事実婚関係に関する申立書 <input type="checkbox"/> その他( )